

ORGANIZAREA SISTEMULUI SANITAR NATIONAL

Scurt istoric. Strategii, politici, tendinte actuale. Principii. Analiza critica

In iunie 2000, Organizatia Mondiala a Sanatatii a oferit un raspuns indelung asteptat la intrebarea formulata obsesiv de politicieni si ziaristi: "Cum este sistemul sanitar din tara X, comparativ cu cel din tara Y?" Rezultatele, publicate in World Health Report 2000,¹ au incantat unele guverne, cum ar fi cel al Frantei, care s-a situat pe primul loc, dar a starnit furia altora, cum este al Braziliei, tara clasata pe pozitia 125. Clasificarile se bazeaza pe evaluarea modului in care au fost realizate cinci obiective propuse de **sistemele sanitare nationale**. Asigurarea sanatatii este considerata a fi un obiectiv esential al unui sistem sanitar. E firesc, asadar, ca principalele scopuri sa fie realizarea unui nivel ridicat de sanatate si distribuirea echitabila a serviciilor de asistenta medicala. Totodata, un sistem sanitar ar trebui sa corespunda asteptarilor populatiei, ceea ce implica respectul pentru individ (autonomie si confidentialitate) si orientarea clientului (servicii prompte si calitate a dotarilor). Ca si in cazul sanatatii, scopurile rezultante se coreleaza cu nivelul absolut de receptivitate fata de exigentele populatiei si cu modul de distribuire. Al cincilea obiectiv este finantarea echitabila, cheltuielile reflectand capacitatea de plata, si nu neaparat riscul de imbolnavire.

Intr-un numar recent al "British Medical Journal", unii dintre autorii raportului OMS descriau metodele pe care le-au utilizat pentru evaluarea unuia dintre obiectivele mentionate, si anume asigurarea sanatatii¹. Ei corelau cheltuielile pentru ingrijirea sanatatii, ajustate conform preturilor locale, cu asigurarea starii de sanatate. Dupa ajustarea in functie de nivelul de educatie a populatiei, el insusi un factor determinant pentru sanatate, autorii clasificau sistemele sanitare ale lumii conform eficientei cu care transforma cheltuielile in sanatate.

Apar, inevitabil, o serie de probleme atunci cand este vorba despre o abordare de o asemenea amploare. Una dintre acestea este legata de **modul cum definim sistemul sanitar**. Asa cum este consemnat in World Health Report, acesta cuprinde "toate activitatile al caror scop principal este de a promova, restabili sau mentine sanatatea." Definitia este binevenita, intrucat pune accentul pe importanta activitatii intersectoriale in promovarea sanatatii; din nefericire, insa, implica si o problema, deoarece in nici o evaluare a starii de sanatate a populatiei unei tari nu poate fi gasita o cifra relevanta pentru formularea "toate activitatile". In schimb, conform raportului, dat fiind faptul ca sistemul de ingrijire a sanatatii utilizeaza majoritatea resurselor alocate la nivelul intregului sistem sanitar, "se pierde din vedere foarte putine aspecte daca ne limitam la o definitie restransa, adaptata datelor de care dispunem"². In consecinta trebuie sa comparam resursele alocate sistemelor de ingrijire a sanatatii cu rezultatele obtinute la scara marita a sistemului sanitar.

OMS a stabilit clar responsabilitatea guvernelor fata de propriile sisteme sanitare pe care le coordoneaza si a invocat conceptul de administrare³, ceea ce presupune asumarea unui rol mult mai activ in promovarea sanatatii⁴. In al doilea rand, a oferit un cadru conceptual util, care incepe sa evidentieze obiectivele sistemelor sanitare. In al treilea rand, a pus accentul pe necesitatea

¹ Evans DB, Tandon A, Murray CJL, Lauer JA.- "Eficienta comparata a sistemelor sanitare nationale", BMJ 2001;323:307-10.

² Organizatia Mondiala a Sanatatii – Raport asupra starii de sanatate mondiala, 2000. Sistemele sanitare: imbunatatirea performantei. Geneva:OMS, 2000.

³ Saltman RB, Ferroussier-Davis O.- " Conceptul de administrare in politica de sanatate", Buletin OMS 2000;78:732-9.

⁴ McKee M.- Dezbateri – Ingrijirile medicale salveaza vietii?, Jurnal medical croat 1999;40:123-8

elucidării impactului pe care, indiscutabil, sistemele sanitare îl au asupra sănătății. Cu toate acestea, raportul OMS nu a reușit să le ofere un răspuns valid celor ce se întreabă în ce măsură un sistem sanitar este mai bun decât altul

Politica de sănătate în Uniunea Europeană

Legile UE pot avea un impact major asupra furnizării de servicii medicale, în pofida încercărilor guvernelor naționale de a menține controlul asupra îngrijirii sănătății. Rezultatul este că, din perspectiva medicală, intervențiile UE pot fi considerate aleatorii și, uneori, fără efect. O soluție, promovată de unii comentatori, este aceea a promovării unei politici deschise a UE în domeniul sănătății. Deși, la diferite niveluri din UE, este inevitabilă discutarea unor probleme legate de sănătate ca, de exemplu, noul program pentru sănătatea publică, în cadrul caruia a început analiza datelor despre rezultatele tratamentelor, există limite privind amploarea și rapiditatea acțiunilor UE. Sistemele sanitare din cele 15 state membre sunt foarte diferite ca organizare și finanțare. De aceea este dificil pentru *statele candidate* să urmeze un sistem unitar. Statele candidate UE și-au dezvoltat propria combinație din aceste sisteme și din modalitățile de finanțare ale sistemului sanitar, ca și:

Sistemul sanitar din România

În 1997, România a introdus un nou sistem de asigurări de sănătate prin Legea nr. 145/1997, bazat pe o versiune modificată a modelului Bismarck. În prezent, unele structuri din următoarele modele coexistă în cadrul sistemului sanitar român (ținând cont în principal de modalitatea prin care sistemul este finanțat):

- modelul *Semashko* – bugetul asigurărilor sociale de stat (trezoreria statului);
- modelul *Beveridge* – principiul rolului de „filtru” (avut de medicii de familie – alesi, în mod liber, de către pacienți și finanțat prin impozite);
- modelul *Bismarck* – sistemul de asigurări sociale de sănătate (bazat pe prime obligatorii de asigurare, dependente de venituri).

La o analiză a sistemelor de sănătate din țările Europei centrale și de răsărit, se rețin totuși unele caracteristici comune pe care M. Roemer (1993) le-a rezumat astfel:

- serviciile de sănătate de aproape toate tipurile erau un drept social al fiecăruia, fără nici o cheltuială sau cu foarte mici cheltuieli personale;
- asigurarea serviciilor de sănătate era responsabilitatea guvernului la diferite nivele ale acestuia;
- distribuirea serviciilor preventive și terapeutice era în mod esențial integrată, accentul fiind pus pe prevenire;
- resursele și serviciile de sănătate erau planificate central ca parte a planului general al întregii ordini economice și sociale;
- deciziile finale cu privire la caracteristicile majore ale sistemului național de îngrijire a sănătății erau luate de autoritățile centrale de sănătate și politice, deși grupurile locale de cetățeni aveau posibilitatea de a contribui la formarea politicii de sănătate;
- cîta vreme resursele erau limitate, prioritățile în sistemul de sănătate erau îndreptate în special către necesitățile muncitorilor din industrie și ale copiilor;
- toate partile componente ale sistemului de sănătate erau dirijate și integrate de o autoritate majoră - Ministerul Sănătății și subdiviziunile sale;
- practica medicală privată (și activitățile conexe) nu era prohibită, dar constituia subiectul unei reglementări stricte;
- întreaga activitate în domeniul sanitar se baza pe principii științifice, astfel încât practicile non-științifice sau religioase, mistice, nu erau, teoretic, permise;
- nemulțumirea cetățenilor în legătură cu:
 - a) calitatea și accesul la îngrijirea de sănătate și medicamente adecvate;

- b) pietele secundare in sectorul sanatatii (platile necontabilizate, "pe sub masa");
- c) lipsa libertatii de a alege medicul;
- d) putere de decizie limitata si slaba.
- nemulțumirea personalului din domeniul sanitar in legatura cu:
 - a) salarii sub media pe economie;
 - b) lipsa libertatii medicilor de a fi alesi de pacienti si a remuneratiei calculate in functie de performanta;
 - c) statutul social modest;
 - d) putere redusa in crearea politicii de sanatate.
- nemulțumirea managerilor serviciilor de sanatate datorita subfinantarii cronice a facilitatilor de sanatate, echipamentului inferior, bugetului de intretinere insuficient, lipsei independentei in functionarea institutiilor de sanatate si lipsei libertatii in stabilirea tarifelor, in contractari, investitii, in reglementarea relatiilor de munca etc.

Cauze

- **factori ideologici/politici** inerenti filosofiei socialiste: datorita statului de a oferi cetatenilor ingrijiri de sanatate libere si acoperitoare; statul posedea, finanteaza si administreaza facilitatile de sanatate; competitia, initiativa privata, proprietatea privata si fortele de piata nu au valoare in managementul serviciilor de sanatate; sistemul legal nu are legatura cu administrarea si nici cu protectia drepturilor de sanatate individuala si sociala ale cetatenilor.
- **manageriale**: macro-managementul economic si social inerent stilului sovietic (respectiv stilului iugoslav) al guvernelor, monopolul statului/partidului asupra luarii deciziilor, aprovizionarea planificata cu medicamente si materiale in ingrijirile de sanatate, norme si standarde ca instrumente ale planificarii si finantarii facilitatilor de sanatate, absenta unei planificari si finantari a sistemului in functie de analiza starii de sanatate, structura ierarhica a administratiei guvernamentale, medicii sunt angajati ai guvernului, platiti cu salarii sub media celor din industrie.
- **financiare**: lipsa finantarii ofertei libere de ingrijiri de sanatate care sa stimuleze cererea pentru ingrijiri de sanatate; solicitarea de forte mai multe si mai bune de ingrijire libera pe care guvernul sa le investeasca mai mult in noi facilitati de sanatate, sa angajeze mai mult personal in sanatate si sa acopere cheltuielile crescute de sanatate din fondurile de sanatate deja insuficiente; subfinantarea cronica nu furnizeaza echipament si motivatie pentru asistenta de calitate; slaba calitate a ingrijirilor de sanatate alimenteaza cererea de servicii de sanatate calitativ superioare pe piata secundara; lipsa finantelor si finantarea prin norme si standarde nu permite introducerea programelor de sanatate pentru controlul bolilor non-transmisibile, al bolilor profesionale sau, prin modul de viata nesanos, cauzeaza probleme si deficiente de sanatate.
- **structurale**: furnizarea de ingrijiri primare de sanatate prin facilitati de ingrijire a acestora impartite pe: varsta, sex, ocupatie, loc de viata sau tip de boala nu permite utilizarea medicilor generalisti de familie in oferirea ingrijirii cuprinzatoare a tuturor membrilor comunitatii si pentru cele mai multe necesitati de sanatate ale populatiei; slaba calitate a serviciilor primare de ingrijire a sanatatii cauzeaza solicitarea nejustificata a specialistilor si spitalelor si reduce timpul acordat tratarii afectiunilor acute sau grave; subsistemele, oferind pe seama guvernului ingrijiri de sanatate superioare elitelor privilegiate, reduc echitatea; separarea dintre facilitatile asistentei primare si policlinicile si spitalele de specialitate nu ofera medicilor posibilitatea de a-si indeplini functiile in conditii tehnice egale.
- **organizatorice**: cetatenii arondati anumitor facilitati de sanatate nu sunt

liberi sa aleaga nici facilitatile de sanatate si nici medicii; medicii nu au libertatea de a fi alesti si platiti de pacienti, exceptand situatiile ilegale, pe o piata secundara; lipsa standardelor si a "ghidurilor de practica medicala" in ingrijirile de sanatate si in acreditarea furnizorilor de ingrijiri de

sanatate nu permite evaluarea si imbunatatirea calitatii activitatilor.

- **educationale:** absenta instruirii practice a medicilor generalisti face dificila imbunatatirea ingrijirilor primare de sanatate; instruirea inadecvata a epi-demiologilor, managerilor in servicii de sanatate, economistilor in sanatate si a celor care fac planificarea in sanatate nu permite un management mai bun al serviciilor de sanatate.
- **informationale:** lipsa informatiei asupra costului resurselor de sanatate, al productivitatii muncii, al impactului economic si social al bolilor, incapacitatii si deceselor evitabile, precum si lipsa evaluarii, nu permit un management eficient al sistemelor de ingrijire a sanatatii.

In politicile de sanatate din tarile central si est-europene exista **mai multi actori cu diferite mandate si obiective**. Pana cand cel putin actorii principali nu se vor pune de acord in privinta obiectivelor lor si nu vor elabora o platforma operationala articulata, politicile de sanatate din aceste tari vor ramane dezorganizate. Ordonarea nu se va obtine in mod spontan, fara presiunea sau medierea unor categorii de „actori” noi, forte superioare sau conditii politice modificate.

Intelegerea dimensiunii politice a reformelor sanitare a devenit mai simpla cu ajutorul metodologiilor de "analiza politica" elaborate de catre Walt G. si Gilson L. (1994) si al "cartografierei politice" dezvoltate de catre M.R.Reich (1995).

"Analizele politicii sanitare" s-au concentrat asupra **continutului, proceselor, contextului si a „actorilor” implicati in politicile de sanatate si reformele asistentei medicale**. "Cartografierea politica" ar putea fi utilizata de catre sustinatorii schimbarii politicii de sanatate pentru a intelege si a conduce/influenta dezvoltarii acestor politici.

Reich a propus trei modele politice de identificare si folosire a oportunitatilor de schimbare in politicile de sanatate din aceste tari:

- modelul vointei politice;
- modelul fractiunii politice;
- modelul supravietuirii politice.

Managementul schimbarii in sectoarele sanitare ar putea avea mai mult succes daca s-ar imparti in doua etape: faza de dinaintea deciziei (pre-decizia), adica cea politica si cea de dupa decizie adica postdecizia, manageriala.

Faza politica sau predecizionala cuprinde tot ceea ce creaza vointa politica si consensul sau cel putin o presiune interna si internationala suficienta pentru a reorienta obiectivele politicii sanitare si pentru a aplica la nivel extins reforma sanitara.

Faza manageriala sau postdecizionala poate fi asemanatoare cu obiectivele si strategiile initiativei OMS "Sanatate pentru toti".

Acela care incearca sa conduca schimbarea in perioada predecizionala a reformei sanitare va avea de dus batalii politice, va trebui sa negocieze, sa stabileasca si sa rupa aliante, sa ajunga la compromisuri cu patru grupe principale de „actori”:

- "actori" internationali si straini implicati in arena politicilor sanitare;
- guverne, parlamentari, partide politice, corporatii, organizatii profesionale si alte persoane imputernicite din interior;
- cetatenii si asociatiile lor;
- comunitatea stiintifica proprie si internationala.

"Actorii" din institutii guvernamentale au pozitii diferite, adesea conflicte de interese si decid procente/ cantitati si tipuri de putere diferite. Prin urmare, cu acesti "actori" s-ar putea proceda folosind metode si instrumente distincte, favorabile sau riscante pentru interesele lor de grup. "Actorii" puterii ar putea fi bombardati cu propuneri de schimbare in domeniul politicilor sanitare sau criticati pentru ca nu au facut ceea ce era necesar. Factorii de decizie, chiar si cand nu sunt interesati de aspectele sanatatii, ar putea prelua anumite reforme daca sunt potrivite cu supravietuirea lor politica sau interesele de grup.

Analiza "actorilor" sistemului sanitar romanesc, a mandatelor, presiunii si obiectivelor acestora constituie un capitol distinct al acestui material.

Principalele solutii

- educarea si implicarea corespunzatoare in pozitii de conducere si stiintifice a unui numar suficient de experti pregatiti in management sanitar;
- producerea informatiilor si a studiilor necesare pentru planificarea si aplicarea obiectivelor si strategiilor de politica sanitara, utilizand expertii proprii sau straini;
- dezvoltarea unei infrastructuri manageriale (minister al sanatatii, agentii si organizatii parastatale, profesionale si nonguvernamentale) instruite, echipate si organizate pentru aplicarea obiectivelor si strategiilor politicilor sanitare nationale si pentru conducerea sistemului sanitar;
- sa orienteze cercetarea practica pentru a produce cunostinte noi si experientele necesare pentru reforma sistemelor nationale de asistenta medicala.

In anul 1984 comitetul regional OMS pentru Europa a adoptat strategia "Sanatatea pentru toti pana in anul 2000", strategie pe care a agreat-o si Romania. Strategia proprie a Romaniei, ca de altfel si cele intocmite in tarile Europei centrale si de est, trebuie reelaborata tinand cont de caracteristicile sistemului, de starea serviciilor de sanatate si de particularitatile perioadei de tranzitie spre o economie de piata si un sistem politic democratic ("Romanian national health strategy project" 1992).

Elaborarea oricarei strategii presupune analiza si diagnosticul situatiei existente, identificarea problemelor majore de sanatate si ierarhizarea lor, a factorilor conditionali si a constrangerilor (tehnologice, in resurse, manageriale si comportamentale) pentru a putea apoi formula alternative politice, obiective strategice si masuri in vederea realizarii lor (National Institute for Health and Management 1992).

PUNCTE TARI SI PUNCTE SLABE ale sistemului serviciilor de sanatate din Romania; caracteristici

Sistemul serviciilor de sanatate din Romania de pana in 1989, care nu a suferit nici dupa 1990 modificari substantiale, a fost inspirat la aparitia sa (la sfarsitul anilor '40 si in anii '50) din modelul sovietic (Semasko), avand insa similitudini si cu sistemele existente in unele tari din Europa de Vest - Marea Britanie, tarile nordice.

Principiile sistemului, multe dintre ele concordante cu recomandarile facute de Organizatia Mondiala a Sanatatii, in anii '70 aveau la baza caracterul de stat, profilaxia, unitatea de conducere a intregului sistem, planificarea, gratuitatea si accesibilitatea larga la asistenta medicala, caracterul stiintific al politicii sanitare si participarea constienta a populatiei la apararea propriei sanatatii.

Daca multe din aceste principii sunt greu de criticat, unele din ele au fost folosite ca lozinci, aplicarea lor in practica devenind din ce in ce mai dificila si mai caricaturala.

➤ Este importanta intelegerea faptului ca **serviciile de sanatate constituie doar un subsistem al sistemului de sanatate**_si se refera la unitatile si prestatiile preponderent medicale pe care le produc aceste unitati.

In esenta, sistemul serviciilor de sanatate a fost si este un sistem organizat si finantat de catre stat, fiind alcatuit dintr-o retea de unitati sanitare proprietate a statului, administrate intr-o structura centralizata, avand la varf Ministerul Sanatatii. Finantarea se face din impozite si taxe generale prin bugetul de stat, iar medicii sunt salariati ai statului.

➤ **Examinarea critica a finantarii, organizarii si functionarii sistemului serviciilor de sanatate** scoate in evidenta, pe langa neajunsurile sale, si o serie de avantaje. O asemenea perspectiva este extrem de importanta pentru ceea ce se doreste a fi in viitor asistenta medicala si ea a aparut in ultima vreme tot mai evidenta in lucrarile de specialitate elaborate mai ales in mediile academice, ale expertilor si consultantilor occidentali, chemati sa propuna solutii de schimbare .

Dintr-un asemenea unghi de vedere, sistemul care a functionat in Romania a avut o serie de elemente pozitive care au fost mai evidente cu deosebire in perioadele de crestere economica rapida.

➤ Sistemul a fost dezvoltat **pe principii de echitate**, asigurand **accesul la servicii de sanatate** cuprinzatoare pentru cvasitotalitatea populatiei. Accesul la servicii nu a fost influentat de capacitatea de a plati a pacientului. Avantajul absentei platii in momentul utilizarii s-a erodat insa pe masura ce veniturile profesiei medicale au devenit (si mai ales au fost percepute) tot mai necorespunzatoare si s-a ajuns ca sumele pretinse sau primite suplimentar de la pacienti de catre personalul sanitar sa fie considerate socialmente acceptabile sau chiar indreptatite.

➤ Finantarea si organizarea sistemului au permis un **control eficace al costurilor**. Proportia cheltuielilor pentru sanatate din PIB a fost relativ scazuta. "Pretul" unei asemenea limitari a fost si lipsa sau limitarea accesului la unele servicii, in special cele necesitand cheltuieli mari pentru echipamente sau materiale (de exemplu, dializa renala, chirurgie cardiovasculara, transplant, proteze articulare, tomografie computerizata). **Sistemul a functionat cu structuri si costuri administrative reduse**.

➤ Infrastructura serviciilor a fost dezvoltata extensiv, existand o retea integrata de dispensare (teritoriale si de intreprindere), policlinici si spitale. Spre deosebire de alte foste tari socialiste, reseaua de asistenta medicala primara (dispensarele de medicina generala) a fost **dezvoltata din punct de vedere organizatoric, dar neglijata ca dotare**. Aici au fost cele mai evidente si *inegalitatile in privinta asigurarii personalului medical*, legate de disparitati de *dezvoltare economica intre judete, mediu urban/rural* etc. in conditiile includerii dispensarelor in structura organizatorica a spitalelor, *competitia pentru resurse a dat in general castig de cauza serviciilor de specialitate, in detrimentul medicinei generale*. Aceasta a avut un efect defavorabil asupra eficientei sistemului, **cazurile care ar fi putut fi rezolvate la nivel primar incarcand spitalele si consumand resurse scumpe**.

➤ **Asigurarea asistentei medicale** a populatiei **cu paturi** a fost buna, chiar **supradimensionata fata de nevoile reale, de posibilitatile acoperirii cheltuielilor curente** si fata de densitatea paturilor existenta in tarile occidentale. Spitalele consuma peste 70% din bugetul acordat ocrotirii sanatatii si rezolva cea. 20% din cererile sanitare ale populatiei.

➤ *A existat suficient personal medical calificat si un invatamant medical de calitate.* Si in acest domeniu, daca se are in vedere densitatea medicilor raportata la PIB, Romania are o pozitie convenabila. Posibilitatea ingerintelor politicului a dus insa la disfuncții legate de formarea personalului in special in anii '80 (sistarea pregatirii medicilor specialisti si a accesului acestora in orase, desfiintarea pregatirii postliceale pentru cadre medii). Pana la jumatatea anilor '70 s-au inregistrat ameliorari evidente ale nivelului starii de sanatate, ilustrate prin cresterea duratei medii de viata, eradicarea sau reducerea multor boli transmisibile, reducerea mortalitatii infantile, initierea unor programe nationale in domeniile bolilor cardiovasculare, cancerului, tuberculozei, sanatatii mentale si sanatatii dentare. La aceste imbunatatiri ale sanatatii au contribuit in mare masura si serviciile medicale.

In ciuda acestor avantaje, sistemul serviciilor de sanatate a avut si o seama de aspecte negative, care incepand cu anii '80 au devenit din ce in ce mai vizibile, deteriorandu-se atat starea de sanatate a populatiei, precum si asistenta medicala.

Unele din caracteristicile sistemului sanitar au devenit dupa revolutie discordante fata de cerintele dezvoltarii unei societati democratice, ale unui alt tip de stat si concomitent cu introducerea economiei de piata, in perioada de tranzitie, datorita specificului acesteia, o serie de aspecte negative au devenit acute.

Sistemul de sanatate care a functionat si care este in continuare dominant in Romania are, la o examinare atenta, o serie de *slabiciuni si dezavantaje*. Probabil ca principala limita conceptuala a fost neintelegera faptului ca sanatatea este o "afacere a intregii societati", care are drept *consecinta incorporarea ei ca o tinta sau ca o variabila in planurile de dezvoltare economica si sociala*. De aici a decurs a doua consecinta nefasta si anume creditarea serviciilor sanitare cu responsabilitatea si putinta ameliorarii starii de sanatate a populatiei, cand partea imputabila acestui sector nu reprezinta nicaieri mai mult de 10-15%. Urmarea fireasca a contutuit-o culpabilizarea medicilor si a sectorului sanitar pentru toate insatisfactiile generate de deteriorarea starii de sanatate care era preponderent rezultanta actiunii conjugate a altor factori (social-economici, comportamentali, biologici, ambientali,).

➤ Medicalizarea excesiva a sanatatii, influentata si de modul de organizare si conducere a serviciilor, *marea majoritate a posturilor de conducere fiind ocupate de persoane fara nici o pregatire manageriala*, a redus mult sansele unor abordari intersectoriale, care sa tina seama de toti factorii cu influenta asupra sanatatii.

➤ Planificarea rigida, la care s-a adaugat sistemul centralizat si de comanda, au sufocat initiativele si responsabilitatea in gestiunea serviciilor de sanatate si mai ales in *adaptarea lor la nevoile sanitare in schimbare*. Modelul centralizat, impunand pe cale administrativa norme si standarde rigide, de multe ori arbitrare, a impiedicat adaptarea serviciilor la nevoile locale ale populatiei, diferite de la o zona la alta. Aceste norme au dus la un amestec ineficient de abundenta si risipa in unele regiuni si de lipsuri in altele.

Planificarea de tip normativ a fost ineficace si ineficienta. Desi s-a incercat cu obstinatie sa se reduca prin metode administrative dezechilibrele prin uniformizarea distribuirii personalului si a infrastructurii sanitare, rezultatul a fost un esec. Se poate constata si astazi ca sistemul nu a reusit sa reduca inechitatea teritoriala, nici in nivelul starii de sanatate, nici in asigurarea populatiei cu medici si nici in cea cu paturi. Finantarea dupa criteriile istorice, netinand seama de nevoile sanitare diferite ale populatiei, a accentuat disparitatile dintre judete.

➤ *Subfinantarea serviciilor* a determinat intarzieri considerabile in

introducerea tehnologiilor noi necesare diagnosticului sau tratamentului patologiei actuale, generand ulterior carente grave in asigurarea cu medicamente si materiale sanitare de uz curent. Toate acestea au descurajat preocuparile serviciilor de sanatate in domeniul **asigurarii si evaluarii calitatii ingrijirilor medicale, element fundamental al performantei sistemului.**

➤ Lipsa unei politici coerente in domeniul sanatatii dupa 1990 a fost favorizata si de mostenirea unui **deficit in capacitatea de analiza sistematica si de dezvoltare de strategii, in conditiile unei cercetari si pregatiri insuficiente in domeniul managementului sanatatii publice si al serviciilor de sanatate.**



Asa cum am precizat anterior, sistemele nationale de sanatate sunt organizatii sociale complexe, in continua dezvoltare, ce produc servicii de sanatate. Centrele de putere in cadrul sistemelor nationale de sanatate au diverse functii, interese si asteptari si detin un anumit tip de putere. Sistemele de sanatate sunt instabile deoarece sunt *influentate de numerosi factori externi, precum si de comportamentul centrelor de putere cu diverse interese si cerinte.*

Schimbarile din sistemele nationale de sanatate pot fi inerente, benefice sau daunatoare datorita efectelor produse, *depinzand de interesele, conceptele si abilitatea manageriala a factorilor de decizie.*

Interventiile utile, benefice, facute in organizarea si structura sistemului national de sanatate, au in vedere urmatoarele **OBIECTIVE**:

- implementarea de programe noi pentru imbunatatirea starii de sanatate a populatiei si/sau pentru ajustarea volumului si tipului serviciilor de sanatate in functie de schimbarile demografice si epidemiologice;
- introducerea unor tehnologii medicale imbunatatite;
- adaptarea productiei de servicii de sanatate la schimbarile in structura cererii si ofertei resurselor de sanatate;
- imbunatatirea justitiei sociale si facilitarea accesului cetatenilor la ingrijirile de sanatate;
- eliminarea factorilor ce influenteaza functionarea buna a serviciilor de sanatate;
- transformarea sistemului de sanatate in vederea implementarii obiectivelor politicii nationale de sanatate.

➤ *Sistemele de sanatate contemporane isi dezvolta continuu obiectivele, dar nu sunt organizate, structurate si conduse corespunzator pentru a implementa eficient politicile de sanatate.* Evolutiile de perspectiva cum ar fi: cresterea nevoilor de sanatate ale populatiei, progresul tehnologiilor medicale, cresterea cheltuielilor de sanatate si amplificarea presiunilor politice pentru mai multa securitate sociala vor forta factorii de decizie ai politicilor de sanatate *sa caute obtinerea de beneficii maxime cu minim de efort si cheltuieli.* Pentru aceasta este necesara imbunatatirea sistemelor de sanatate.

FUNCTIILE sistemelor nationale de sanatate

O comisie de experti OMS (1988) a identificat 28 de functii ce exista virtual in orice sistem national de sanatate. Acestea pot fi grupate in urmatoarele categorii:

➤ **Productia resurselor de sanatate**

- pregatirea fortei de munca, a personalului din sanatate;
- organizarea facilitatilor serviciilor din domeniul sanatatii;
- productia farmaceutica: sustinere, asigurare si distributie;
- productia de materiale si aparatura medicala;
- cercetare stiintifica si tehnologica.

➤ **Asigurarea serviciilor de sanatate**

- servicii de sanatate (igiena mediului);
- servicii preventive si de promovare a sanatatii la nivel individual;
- asistenta medicala primara;
- asistenta medicala secundara;
- asistenta medicala tertiara;
- asistenta medicala la nivel individual, in cadrul populatiilor cu nevoi speciale;
- asistenta medicala pentru indivizii cu probleme speciale de sanatate;
- organizarea ingrijirilor personale de sanatate.

➤ **Realizarea mecanismelor de sustinere economica**

- mobilizarea resurselor financiare;
- alocarea fondurilor pentru sanatate.

➤ **Managementul activitatii**

- managementul problemelor de sanatate;
- formularea si planificarea politicilor de sanatate;
- fluxul informational;
- coordonarea in interiorul sistemului de sanatate;
- coordonarea cu sistemele sociale si economice;
- implicarea comunitatilor;
- reglarea resurselor umane;
- reglarea resurselor materiale;
- reglarea serviciilor de sanatate;
- cooperarea internationala.

➤ *Funcțiile unui sistem national de sanatate trebuie sa fie bine stabilite, coordonate si controlate.* Sistemele de sanatate in care anumite functii sunt partial sau deloc aplicate, cu greu pot functiona satisfacator. Concentrarea exclusiva pe anumite functii si ignorarea celorlalte determina intotdeauna rezultate nesatisfacatoare la nivelul celorlalte functii din sistem.

➤ **Performantele** unui sistem national de sanatate pot fi apreciate/judecate, prin:

- eficacitate/efecte asupra starii de sanatate a populatiei ("efecte"/"impact");
- eficienta (mai ales economica si calitativa) in producerea si distributia serviciilor de sanatate;
- echitatea (justitia sociala) in ingrijirile de sanatate;
- exercitarea influentei asupra sistemului de catre populatie/pacienti si alte centre de putere.

➤ **Scopul evaluarii** in procesele manageriale din cadrul strategiei nationale de sanatate este de a imbunatati programele de sanatate si structurile ce le sustin, de a dirija

alocarea resurselor pentru programele in derulare si de perspective; in aprecierea oricarei evaluari trebuie sa se tina cont de urmatoarele criterii:

- relevanta;
- caracter adecvat;
- progres;
- eficienta;
- eficacitate;
- impact.

OMS (1981), recomanda urmatoarele etape in cadrul procesului de evaluare a unui program de sanatate:

- stabilirea subiectelor propuse pentru evaluare;
- asigurarea suportului informational;
- verificarea relevantei;
- aprecierea caracterului adecvat;
- reevaluarea progresului;
- aprecierea eficientei;
- aprecierea eficacitatii;
- aprecierea impactului;
- elaborarea concluziilor si formularea de propuneri pentru activitatile viitoare.

➤ *Managementul in sistemele nationale de sanatate* este realizat de urmatoarele activitati:

- dezvoltarea unor obiective nationale de sanatate clare si precise;
- dezvoltarea unor planuri si strategii reale pentru realizarea obiectivelor;
- controlul si evaluarea sistematica a implementarii planurilor;
- reprogramare si corectare unde este necesar.

Sub termenul "managerial" se pot include:

- capacitatea unei organizatii de a-si indeplini scopurile si obiectivele;
- gradul in care structura si distributia responsabilitatilor intre centrele de putere din sistem/organizatie sunt apte pentru implementarea scopurilor;
- aptitudinile conducerii manageriale de a folosi resursele si mijloacele disponibile pentru indeplinirea scopurilor organizatiei.

➤ Posibilitatea de *management a unui sistem national de sanatate poate fi apreciata prin capacitatea acestuia de a produce servicii de sanatate in concordanta cu strategiile si obiectivele nationale de sanatate si de a atinge un nivel optim de eficacitate, eficienta si echitate in utilizarea resurselor disponibile de sanatate.*

OMS (1981) a identificat in principiile de ghidare a procesului managerial al programului "Sanatate pentru toti pana in anul 2000" noua etape comune pentru imbunatatirea politicilor de sanatate la nivel national :

- formularea politicilor nationale de sanatate;
- programare globala;
- finantarea programului;
- stabilirea planului de actiune;
- programarea detaliilor;
- implementarea;
- evaluarea;
- reprogramarea;

- suportul informational.

Politica nationala de sanatate a fost definita de OMS (1979) ca o expresie a obiectivelor de imbunatatire a sanatatii, prioritatile acestor obiective si principalele directii de realizare a acestora. **O strategie nationala, care are la baza politica nationala de sanatate, include principalele directii de actiune** in toate sectoarele ce concura la materializarea politicii propuse. Un plan national de actiune este un plan global si intersectorial, bine definit, pentru a atinge obiectivele nationale de sanatate prin implementarea strategiei propuse; planul indica ceea ce trebuie facut, cine trebuie sa faca, in cat timp si cu ce resurse.



II. POLITICI SI STRATEGII

SCURT ISTORIC – PRINCIPII, OBIECTIVE.

Evaluare- puncte critice

In 1990 Ministerul Sanatatii a adoptat un proiect de strategie nationala in domeniul sanatatii si al reformei sistemului serviciilor de sanatate, care avea urmatorul continut:

A. Principii de baza

- Echitatea
- Eficienta si acceotabilitatea financiara
- Calitatea ingrijirilor medicale
- Alegerea individuala a furnizorului de servicii
- Orientarea asistentei medicale catre individ si familie
- Cooperarea internationala

B. Obiective pentru o strategie globala de asigurare a sanatatii

- Restructurarea sistemului serviciilor de sanatate
- Promovarea sanatatii si prevenirea bolilor
- Imbunatatirea asistentei medicale
- Formarea si dezvoltarea resurselor

C. Principiile unei noi strategii a sanatatii

Deoarece dreptul la ocrotirea sanatatii este garantat prin Constitutie, Statul fiind obligat sa ia masuri pentru asigurarea igienei si a sanatatii publice, principiile pe care trebuie sa se fundamenteze elaborarea unei noi strategii si reformarea sistemului serviciilor de sanatate in Romania sunt:

- asigurarea echitatii si discriminarea pozitiva a persoanelor si grupurilor vulnerabile sau defavorizate;
- accesibilitatea la asistenta medicala, neingradita de bariere economice, geografice sau culturale;
- acceptabilitatea sociala a serviciilor medicale oferite populatiei si acordarea lor pe baza principiului solidaritatii;
- fundamentarea sistemului pe ingrijiri de sanatate, si in acest cadru valorizarea rolului medicului de familie, a medicului de medicina generala;

- creșterea gradului de libertate a pacienților în alegerea medicului și garantarea nivelului înalt al îngrijirilor prin asigurarea unor criterii de calitate în asistența medicală;
- creșterea eficienței acțiunilor și serviciilor de sănătate prin ameliorarea raportului cost/eficacitate, cost/avantaj sau cost/beneficiu și încurajarea serviciilor eficiente;
- finanțarea sistemului de sănătate cu preponderență din fonduri publice, care să tindă spre asigurarea unei ponderi de 5-6% din pnb;
- constituirea unui sistem de sănătate mixt, public și privat, care să acopere echitabil cu servicii de sănătate întreaga populație;
- dezvoltarea unui cadru legal de privatizare, cu o schemă de finanțare care să asigure servicii de sănătate de calitate la un cost rezonabil;
- evaluarea performanțelor, a calității îngrijirilor, a productivității și a impactului serviciilor medicale asupra stării de sănătate;
- asigurarea unui grad înalt de autonomie a furnizorilor în cadrul procesului general de descentralizare.

D. Obiectivele generale ale strategiei de sănătate în perioada de tranziție, începând cu anul 1992

- Realizarea studiilor necesare fundamentării reformei sistemului de sănătate și finalizarea strategiei naționale de asigurare a sănătății.
- Oprirea deteriorării, menținerea ei, în măsura posibilului, ameliorarea stării de sănătate ilustrată prin indicatorii sintetici ai speranței de viață la naștere, mortalității fetoinfantile, juvenile și materne.
- Menținerea funcționării sistemului de sănătate și asigurarea asistenței medicale curente în condiții de austeritate bugetară, cu îmbunătățirea fluxului de mijloace către unitățile de asistență primară.
- Promovarea sănătății și prevenirea bolilor să constituie orientările dominante în activitatea întregului sistem și, în special, a serviciilor medicale primare și a centrelor de medicină preventivă.
- Îmbunătățirea îngrijirilor primare de sănătate, mai ales în mediul rural, prin echilibrarea asigurării cu medici și ameliorarea nivelului profesional și tehnologic al asistenței de medicină generală.
- Îmbunătățirea calității și promptitudinii în acordarea asistenței de urgență: prim ajutor, asistența medicală calificată, transport și asistența de specialitate.
- Elaborarea de proiecte speciale, integrate într-un program de ansamblu la nivelul județelor, care să țină seama de problemele specifice de sănătate ale populației.
 - Probleme considerate prioritare de sănătate pe plan național:
 - prevenirea și controlul bolilor transmisibile;
 - ocrotirea sănătății mamei, copilului și tineretului;
 - realizarea programului de planificare familială;
 - prevenirea și combaterea bolilor care generează 50% din anii potențiali de viață pierduți precum și incapacități severe.
- Ocrotirea medico-socială diferențiată a grupelor de populație vulnerabile sau defavorizate datorită riscului crescut de îmbolnăvire, incapacitate, handicapare sau deces (copii, someri, bătrâni, persoane singure, familii dezorganizate sau incomplete).
- Asigurarea populației și a unităților sanitare cu medicamente esențiale, cu prioritate a celor necesare asistenței de urgență și tratamentului bolilor frecvente și grave.
- Atragerea de mijloace materiale și finanțare suplimentară din surse locale.
- Utilizarea cât mai judicioasă a resurselor "rare" sau "scumpe" de care dispune sistemul de sănătate prin:
 - elaborarea unor criterii obiective de alocare a resurselor financiare și

umane in vederea reducerii dezechilibrelor teritoriale existente si cresterii gradului de transparenta;

- utilizarea rationala a asistentei spitalicesti;
- dezvoltarea ingrijirilor medicale extraspitalicesti;
- folosirea efectiva a unor scheme unice de personal, pentru asistenta de specialitate ambulatorie si spitaliceasca;
- cresterea eficientei interne a sistemului de servicii considerat ca un intreg;
- adaptarea unor sisteme noi de organizare si control a costurilor cum ar fi sistemul DRG, organizatiile de tip HMO, bugetele globale prospective etc.

➤ Realizarea tuturor activitatilor prevazute in Proiectul de Reabilitare a Sanatatii convenit cu Banca Mondiala.

➤ Abilitarea Institutului National pentru Servicii de Sanatate si Conducere pentru stimularea, ghidarea si evaluarea initiativelor judetene in experimentarea unor forme noi de finantare si organizare a serviciilor de sanatate.

S-au avut in vedere:

- mobilizarea unor *surse complementare*, financiare, materiale si umane pentru asigurarea unor conditii civilizate de asistenta medicala (*asigurari private* voluntare pentru *servicii speciale* sau conditii speciale de hotelizare sau profesii liberale, dezvoltarea asistentei cu *plata directa* pentru anumite prestatii, *coparticiparea la plata* unor prestatii medicale ambulatorii sau spitalicesti etc.);
- promovarea *liberei alegeri a medicului* si salarizarea sa in functie de numarul persoanelor servite si calitatea prestatiei, *pe baze contractuale*;
- aplicarea principiului ca *mijloacele financiare sa "urmeze pacientul"* in prestatii pe care le primeste;
- facilitarea aparitiei unor forme de *privatizare in special in asistenta ambulatorie* (policlinici cu plata, medicina de grup, cabinete individuale, laboratoare etc.);
- sustinerea diferitelor *forme de asociere*, mai ales pentru practica generala, cu *scheme variate de servicii* oferite populatiei;
- negocierea unor scheme de salarizare care sa aiba in vedere *cumpararea serviciilor* care corespund nevoilor si cererilor populatiei si care sa favorizeze rezolvarea problemelor prioritare de sanatate, la nivelul unei populatii definite;
- utilizarea unor modalitati *de contractare* de catre directiile sanitare judetene a serviciilor oferite de diferiti furnizori de ingrijiri (spitale, asociatii de medici etc.);
- stimularea competitiei intre diversi furnizori, cu *evitarea inflatiei de servicii indusa prin oferta exagerata*;
- reconvertirea sau atribuirea de functii noi unor *spitale sau sectii de spital insuficient utilizate* (transformarea in centre de sanatate comunale sau intercomunale, stationare de n pentru psihici sau handicapati, servicii de fizioterapie si mecanoterapie pentru deficienti, unitati pentru ingrijiri terminale, servicii medico-sociale pentru bolnavi cronici etc.);
- preluarea unor prestatii medicale prin *subcontracte* negociate cu autoritatile care se ocupa de *asistenta sociala* etc.

S-a propus ca in *activitatea manageriala* sa se dezvolte urmatoarele atributii:

- [Autoritatea centrala \(Ministerul Sanatatii\)](#)
- [Autoritatea sanitara judeteană](#)

Avand o viziune mai degraba strategica, fara obiective cantitative, aceasta strategie pentru perioada de tranzitie este, in multe din directiile pe care le-a avut in vedere, valabila si astazi.

➤ **Problemele sectorului sanitar si posibile solutii organizatorice si structurale:**

Starea de sanatate si rezultatele finantarii asistentei sanitare in tarile Europene depind in mare masura de *gasirea solutiilor organizatorice si structurale* pentru urmatoarele probleme:

- inechitatea in crestere la nivelul posibilitatilor de acces si al calitatii asistentei sanitare;
- raportul scazut cost-eficienta de aproximativ 30% in privinta serviciilor oferite in clinici;
- eficienta scazuta a distribuirii/prestarii serviciilor medicale la nivelul unitatilor sanitare de baza (mici);
- diferentele mari intre-efectele si calitatea multor procedee medicale;
- cererea crescuta a cetatenilor si pacientilor de descrestere a rolului lor in ingrijirile de sanatate.

➤ **Presiunea pentru reforma**

Cadrul conceptual a reformelor sanitare din Europa este determinat de doua tipuri de presiuni externe: *valoarea sistemelor si realitatile macro-economice*; in cele mai multe societati europene, asistenta sanitara a fost si continua sa fie considerata ca un bun social care trebuie sa fie accesibil tuturor membrilor sai. Cu toate acestea, idealul egalitatii si solidaritatii sociale in privinta asistentei medicale este tot mai mult modificat de catre conceptiile conform carora *serviciile medicale sunt bunuri private de vanzare care trebuie sa fie achizitionate pe piata, ca si alte bunuri de consum*. Cresterile rapide ale cheltuielilor sanitare in conditiile unei lente cresteri economice au determinat tarile industrializate sa aplice reforme sanitare constand in principal din reducerea sumelor pentru asistenta medicala si alte servicii sociale.

In afara de acestea, obiectivele si strategiile politicilor sanitare din Europa sunt influentate si de alte doua experiente mai noi:

- constatarea ca starea de sanatate a populatiei poate fi mult mai mult imbunatatita prin ameliorarea conditiilor economice, a factorilor de mediu si a modului de viata, decat prin servicii medicale costisitoare;
- ca resursele financiare pentru sanatate pot fi mult mai bine utilizate daca sunt investite in *asistenta medicala primara si in programele de sanatate publica*, decat in serviciile medicale secundare si tertiare.

➤ **Strategii de reforma**

Strategiile de reformare a sistemelor sanitare s-au concentrat asupra a doua obiective:

- modificarea rolurilor "actorilor" si a sectoarelor in sistemele de ingrijire de sanatate (*statul versus piata*), *descentralizarea si privatizarea* sectorului public, rolul sanatatii publice si imputernicirea cetatenilor;
- imbunatatirea rezultatelor diferitelor interventii.

Reformele isi propun reducerea rolului statului in producerea, acordarea asistentei medicale, materializata prin descentralizarea si privatizarea unora dintre functiile statului in acest domeniu,

întărirea relațiilor de piață în sistemul asistenței medicale au la bază în principal consolidarea suveranității consumatorului, libertatea alegerii din partea pacientului și stabilirea de contracte pentru servicii și remunerație dar niciuna nu au fost create piețe ale asistenței sanitare capabile să funcționeze fără intervenția statului.

Instrumentele concurenței combinate cu intervenția statului au generat sisteme hibrid numite piețe interne, competiție publică, piețe de aprovizionare și piețe de control.

➤ Strategiile de reformare a sistemelor sanitare pot fi clasificate, în mod logic în trei grupuri:

- *conform obiectivelor (cum ar fi echitate, eficiență, eficacitate);*
- *având în vedere elementele sistemelor sanitare (de exemplu, finanțare, resurse, alocarea sau producerea serviciilor);*
- *potrivit cu "actorii" sistemelor de asistență medicală (pacienți, agenți de asigurare, cumpărători și furnizori).*

➤ Strategiile de reformă pot fi proiectate alternativ, în conformitate cu parametrii economici, cum ar fi:

- reproducerea/copierea cu resurse limitate;
- asigurarea accesului la asistență sanitară prin mecanisme centralizate pe agenții de asigurări medicale, realocarea resurselor financiare de la cumpărători către furnizori în conformitate cu obiectivele și prioritățile politicilor sanitare;
- strategii proiectate cu scopul de a îmbunătăți raportul cost-eficiență și calitatea furnizării serviciilor medicale.

➤ *Dintre strategiile-cheie pentru o alocare eficientă a resurselor, se pot reține cele care prevăd ca mecanismele de contractare și achiziționare, remunerarea specialiștilor și alte avantaje oferite să fie corelate cu nivelul performanței acestora și, de asemenea, cu o distribuție eficientă a medicamentelor, raportat la costuri.*

Astfel de strategii se folosesc tot mai mult în țările europene ca instrumente ale managementului sanitar.

- îmbunătățirea sistemului de remunerare pentru a stimula eficiența și eficacitatea performanței sistemelor sanitare;
- îmbunătățirea eficacității costurilor în privința achiziționării și distribuției produselor farmaceutice;
- îmbunătățirea rezultatelor și calității distribuției asistenței medicale.
 - a) *descentralizarea managementului instituțiilor sanitare;*
 - b) *restructurarea spitalelor;*
 - c) *modificarea limitelor de graniță între diferite sectoare ale ofertei de servicii medicale. Trebuie să fie reinnoite și întărite *ingrijirile medicale primare și asistența sanitară orientată către comunitate. Este nevoie să fie îmbunătățite pregătirea și utilizarea personalului sanitar. Programele de reformă trebuie să cuprindă obiective ce vizează o mai bună pregătire a experților în sănătate publică, a medicilor de familie și a managerilor sanitari .**

➤ **Aplicarea strategiilor**

Consultanții WHO nu au evaluat strategiile utilizate pentru aplicarea reformelor sanitare în țările industrializate dezvoltate și nici nu au încercat să găsească o explicație pentru nereușita multor reforme din Vest. Se face doar observația că aplicarea reformelor sanitare a fost mai dificilă decât se aștepta/de cât s-a apreciat și că adesea nu au fost atinse obiectivele planificate. Unele țări au întâmpinat dificultăți legate în mica măsură de conținutul reformei, dar **generate de un proces necorespunzător de planificare și aplicare.**

In trecut, dezbaterea reformei nu a acordat suficienta atentie [managementului strategiilor de aplicare](#).

S-a recomandat mai multa atentie pentru strategiile de aplicare, dar nu se considera ca explicarea este o stiinta care ar putea garanta succesul reformei. Apare, astfel, necesitatea [evaluarii procesului si rezultatelor aplicarii/implementarii](#) (daca aceasta este ceea ce se intelege prin expresia "a invata din experienta"). O conditie preliminara esentiala pentru reusita reformelor o reprezinta sincronizarea si dezvoltarea unei infrastructuri adecvate a implementarii. Aplicarea conceptelor politice depinde de interesele politice si competenta in conducere a factorilor de decizie, iar succesul [managementului in procesul de schimbare](#) depinde de cinci factori cheie:

- stabilirea unor *obiective explicite* ale reformei, sa se ajunga mai usor la consens social si sa se asigure o directie clara pentru munca viitoare;
- fixarea unui *concept de management adecvat* cu/avand drept scop impartirea responsabilitatilor si stabilirea infrastructurii de conducere (management);
- pregatirea si aprobarea unei *legislatii adecvate*;
- introducerea unor *stimulente financiare* corespunzatoare pentru imbunatatirea procesului de schimbare ca si a intregului management;
- alegerea *etapizarii potrivite* pentru procesul de schimbare.

➤ In fiecare tara, [procesul schimbarii trebuie sa fie adaptat conditiilor politice si economice si puterii relative a grupurilor de interese](#).

Exista in literatura de specialitate 10 "comandamente" ca linii directoare ale initiativelor de reforma :

- separarea sistemului de finantare de cel al furnizorilor de servicii medicale pentru a asigura celor ce platesc o mai mare autonomie in a hotara cum sunt cheltuiti banii;
- acceptarea ideii ca banii din sectorul sanitar trebuie sa fie dirijati in functie de nevoile pacientului (de exemplu codurile DRG);
- promovarea contractelor intre cei care cumpara si cei ce ofera servicii medicale;
- introducerea principiilor de piata in furnizarea asistentei sanitare fie prin "concurenta pe baza de regulament", fie prin contracte sau ambele;
- intarirea rolului medicului ce acorda asistenta medicala primara, avand functia fie de a regla fluxul catre sistemul sanitar, fie aceea de a controla starea de sanatate a pacientilor sai;
- cresterea puterii de decizie a pacientilor, in comparatie cu ceilalti componentii ai sistemului;
- sporirea interesului pentru asigurarea calitatii ingrijirilor medicale;
- integrarea in planurile referitoare la sanatate a unor prioritati mai largi, vizand domenii mai cuprinzatoare, cum sunt cel social si asigurarea calitatii mediului, punand accente pe prevenirea bolilor si mentinerea sanatatii;
- sustinerea unei responsabilitati mai mari pe baza unor planuri privind sanatatea, cu scopuri specifice si termene precise de realizare;
- tinand cont de intregul context socio-politico-economic, este nevoie sa se realizeze un echilibru intre instituirea unui sistem sanitar lipsit de taxe si resursele disponibile si nu sa continue subfinantarea unui sistem vast si lipsit de impozite; tarile foste socialiste au nevoie de o crestere treptata a cheltuielilor din domeniul medical in acord cu dorinta si capacitatea cetatenilor de a investi in propria lor sanatate.

➤ [Reforma finantarii](#)

Tarile dezvoltate folosesc combinatia a patru modele diferite de finantare a asistentei medicale, [servicii nationale de sanatate](#), [asigurari sociale](#), [asigurari de sanatate la nivelul administratiei locale regionale si sistemul privat de asigurare](#). Scheiber considera ca nu sunt importante tipurile de finantare, ci important este cum reusesc tarile respective *sa-si creeze veniturile pentru a sustine propriul sistem* (ex: *cum este dispersat riscul financiar in plata asistentei sanitare*); ce servicii sunt acoperite; cine poate fi ales pentru a le realiza; cum sunt platiti cei ce presteaza servicii medicale si cum se obtine limitarea costurilor; cum este *structurat sistemul de furnizare* si care este calitatea asigurata; in ce masura consumatorii sunt satisfacuti.

➤ Obiectivul de baza al mecanismelor financiare consta in crearea unor venituri suficiente pentru plata serviciilor si dispersia riscurilor financiare in conditiile asigurarii unei asistente medicale in mod echitabil. Strict din perspectiva unei finantari publice, modelul venitului general tinde sa aduca un progres in privinta impartirii responsabilitatii in comparatie cu impozitele pe salariu sau primele individuale de asigurare.

➤ Rezolvarea problemei, presupune *crearea unui sistem de finantare* alcatuit din impozite generale si specifice, prime particulare de asigurare, cheltuieli ale consumatorilor si alte plati directe care sa distribuie riscurile cat mai echitabil posibil la nivelul intregii populatii, *in conformitate cu realitatile institutionale si politice existente*.

➤ In continuare sunt prezentate cateva „invataturi” din literatura de specialitate despre finantarea asistentei sanitare aplicabile si sistemului de sanatate romanesc.

- individualizarea tuturor cheltuielilor nu asigura implicit si eficienta acestora la nivel primar;
 - in afara cheltuielilor trebuie sa mai fie monitorizate accesul la/si calitatea serviciilor medicale;
 - unele mecanisme specifice de plata, cum ar fi, de exemplu, anumite tipuri de intelegeri administrative, plata serviciilor oferite in spital pe baza codului DRG, capatatia totala sau partiala si alte procedee de dispersie a riscului, par sa controleze preturile, fara a reduce calitatea sau posibilitatea de adresabilitate;
 - dupa ce s-a impus reforma modalitatii de plata intr-un sector, trebuie urmarite indeaproape cheltuielile si accesul la nivelul unui alt sector complementar sau substitutive;
- pentru a se putea adopta mecanismele de reducere a costurilor, este nevoie ca sistemele sa-si imbunatateasca baza de informatie si structurile administrative, si este necesara modificarea unor metodologii primare potrivit caracteristicilor bazelor de informatii;
- limitarea eficienta si echitabila a cheltuielilor, concomitent cu asigurarea calitatii sistemului, impune functionarea unor mecanisme de monitorizare si control al fraudelor, abuzurilor si folosirea unor procedee de atragere atat a celor ce ofera servicii medicale, cat si a beneficiarilor lor.

➤ Reforma sistemelor de sanatate trebuie sa aiba [specificitate nationala](#) si sa fie bazata pe o [solida cunoastere a problemelor](#), [pe resursele disponibile](#) si [pe scopuri clar formulate](#) ale sanatatii nationale.

➤ O propunere pentru o reforma multilaterală a sistemelor de ingrijire a sanatatii ar trebui sa raspunda la urmatoarele intrebari:

- Care sunt problemele si cauzele deficientelor in performanta sistemului de sanatate existent (evaluare si analiza)?
- Care sunt scopurile reformei planificate (bazate pe analiza optiunilor, alternativelor si scenariilor)?
- Ce strategii pot fi utilizate pentru a elimina/rezolva problemele?
- Cum sa se implementeze interventiile pentru transformarea sistemului existent intr-unul mai performant?
- Cum sa se creeze si sa se administreze infrastructura pentru implementarea reformei?

- Cum sa se urmareasca si sa se evalueze progresul reformei?
- Cum sa se identifice si sa se controleze incertitudinile si obstacolele care pot tulbura procesul reformei?

➤ *Informatii si date pentru reforma sectorului de sanatate*

Necesitatea analizei datelor - inaintea reformei sectorului de sanatate, a fost discutata de J. Walsh si M. Simonet (1995). Etapele elaborarii politicii (incluzand identificarea problemei, compararea solutiilor, adaptarea politicii, implementarea si amendamentele acesteia) necesita informatii.

Reforma bazata pe informatii se dezvolta printr-un circuit inchis cu urmatoarele etape:

- identificarea problemei;
- strategii si obiective;
- adaptare;
- implementare;
- evaluare;
- consolidare.

Fiecare pas in cadrul acestui proces necesita informatii pentru conducerea actiunii.

Datele si informatiile necesare pentru elaborarea politicii includ:

- conditiile de sanatate;
- costuri si finantari;
- structuri organizationale;
- preferintele si comportamentul clientilor;
- imaginea politica.

➤ *Reforma serviciilor de sanatate din Romania*

Consideratii generale privind accelerarea reformei - traditie si schimbare

Reforma trebuie inteleasa ca un proces si in consecinta este necesar sa existe o viziune clara a directiei schimbarilor de esenta, a obiectivelor urmarite si a impactului pe termen lung asupra starii de sanatate (D. Enachescu, C. Vladescu, Cornelia Tesliuc). Este insa la fel de important ca guvernul si populatia sa aiba convingerea ca procesul a demarat, ca el evolueaza in directia dorita, ca este monitorizat cu exigenta si ajustat atunci cand este nevoie. Tranzitia sistemului de la o stare la alta trebuie considerata a fi in acelasi timp o etapa si un scop.

Reforma serviciilor de sanatate, cresterea eficientei sale interne si a impactului asupra starii de sanatate reprezinta un proces continuu de invatare din experienta.

➤ *Elemente esentiale*

Modificarile structurale in reforma serviciilor de sanatate trebuie sa se bazeze in esenta pe retragerea statului din calitatea pe care o are de proprietar si furnizor de ingrijiri, in consecinta principalele schimbari ar trebui sa vizeze:

- *descentralizarea gestiunii serviciilor de sanatate si corelarea acesteia cu principiul subsidiaritatii asistentei medicale;*
- *trecerea patrimoniului sanitar, cu unele exceptii, din proprietatea statului in*

proprietatea comunitatilor locale si in proprietatea privata a furnizorilor de ingrijiri independente (individuali ori asociati);

- *dezvoltarea substantiala, rapida si sustinuta a practicii private in unitatile publice ori particulare; facilitarea procesului de privatizare, in primul rand a unitatilor ambulatorii de medicina generala sau/si de specialitate; privatizarea rapida a policlinicilor cu plata;*
- *dezvoltarea practicii independente in unitati publice si private (cabinete individuale si de grup, spitale, alte grupuri de unitati);*
- *stimularea extinderii practicii de grup in mediul urban, in cadrul dispensarelor comasate existente in prezent si a policlinicilor, iar in mediul rural in cadrul centrelor de sanatate, a spitalelor rurale ori a dispensarelor reabilite din ultimii ani;*
- *separarea furnizorilor (medici si organizatii sanitare), de cumparatorii de ingrijiri (CASS si stat); introducerea relatiei bazate pe contracte cadru intre prestatori si cumparatori;*
- *reabilitarea si dezvoltarea medicinei generale bazata pe familie si centrata pe individ;*
- *reglementarea accesului in sistemul de ingrijiri exclusiv prin medicul de familie, cu exceptia urgentelor medico-chirurgicale;*
- *asigurarea unui cadru larg de libera alegere a medicului in schimbul platii integrale a onorariilor oficiale si fara plata suplimentara, in cazul folosirii medicului de familie la care este inscris pacientul ori al trimiterii acestuia de catre medicul personal la un serviciu de specialitate, in aceste conditii, este oportun sa se incerce solutii adaptate de tip GPFH ori HMO;*
- *dezvoltarea serviciilor de sanatate in functie de nevoi/cereri si nu pornind de la oferta;*
- *asigurarea coerenței unei retele complexe de servicii corespunzatoare;*
- *este indispensabila stabilirea unor relatii functionale active si permanente intre spital si medicii de familie;*
- *combinarea liberei alegeri a medicului cu organizarea teritoriala a actiunilor de sanatate publica si profilactice de masa;*
- *dezvoltarea medicinei preventive in practica individuala, a serviciilor preventive in unitatile de sanatate publica si a promovarii sanatatii in actiunile intersectoriale cu caracter comunitar;*
- *transformarea zonelor servite de spitalele teritoriale cu policlinicile lor si ansamblul dispensarelor de medicina generala in "sectoare de ingrijiri integrate"; aparitia unor regiuni sanitare "autosuficiente", in care sa se asigure dezvoltarea strategica coordonata a serviciilor medicale;*
- *introducerea unor mecanisme simple de asigurare si evaluare a calitatii serviciilor prin garantarea de ingrijiri corecte, acordate la timp si in unitati adecvate;*
- *imbunatatirea si diversificarea surselor de finantare a sistemului insotite de ameliorarea eficientei alocative si tehnice in utilizarea resurselor (J.E.Kyrio-poulos, J.Levett, D.Enachescu, G. Ionescu, Cornelia Tesliuc);*
- *in demersul finantarii, sa se aiba in vedere urmatoarele criterii: serviciile de sanatate publica sa fie finantate public; serviciile de sanatate personale care aduc beneficii colective sa fie subventionate public; serviciile de sanatate personale care nu produc beneficii colective sa fie finantate public si/sau privat; asigurarile de sanatate pentru servicii individuale sa fie finantate public si/sau privat; serviciile de sanatate destinate populatiei vulnerabile sa fie, de regula, finantate public pe baza unor principii corecte de echitate; sa se adauge valoare costurilor pe care le implica asistenta medicala;*
- *introducerea bugetului global la spitale, in functie de numarul bolnavilor ingrijiti, asigurandu-se facilitati in virarea si utilizarea creditelor, urmand ca treptat sa se introduca finantarea spitalelor in functie de natura cazurilor ingrijite (case-mix).*

- creșterea sensibilă a veniturilor oficiale ale medicilor din activități profesionale corecte;
- ameliorarea substanțială a veniturilor și a altor stimulente acordate medicilor în special din contribuții directe și co-plați, pentru a nu se greva în mod insuportabil bugetul pentru sănătate și a se defavoriza în acest fel posibilitatea ameliorării calității îngrijirilor medicale și a introducerii de tehnologii noi;
- plata medicului de familie să se facă inițial exclusiv prin capitație ponderată, iar a medicilor de spital prin salarii ajustate în funcție de calificare, specialitate și alte criterii;

➤ **Principalele OBIECTIVE ale strategiei de reforma sunt deci:**

- elaborarea unui cadru legislativ unitar care să permită schimbările esențiale propuse pentru sistemul de sănătate în integralitatea sa. Este vorba aici pe de-o parte de a modifica textele deja existente și care nu se conformează obiectivelor și principiilor enunțate anterior, precum și de **elaborarea unui nou pachet de legi**;
- modificarea și diversificarea mecanismelor generatoare de resurse financiare; aceasta presupune reguli care să permită **atragera de fonduri suplimentare**, ameliorarea **transparenței deciziei** în repartizarea fondurilor la nivel intersectorial și intrasectorial și **stimularea sectorului privat**.
- separarea platitorilor de furnizorii de servicii prin introducerea de contracte, care să stipuleze modalitățile de plată după **criterii de eficiență și calitate** a actului medical, indiferent de statutul public sau privat al furnizorului; pentru România, mijlocul esențial de utilizat pentru aceste două ultime obiective îl reprezintă asigurările de sănătate.
- modificarea echilibrului între componentele extraspitalicești și intraspitalicești ale serviciilor de sănătate în favoarea **dezvoltării asistentei ambulatorii și mai ales a asistentei medicale primare**.
- **trecerea la o reforma instituțională a organizațiilor sanitare**, stabilindu-se **rolurile și relațiile** dintre autoritățile sanitare centrale, locale, asociațiile profesionale, instituțiile finanțatoare și reprezentanții populației.

Continuarea procesului de reforma început în anul 1997 se bazează pe aceleași principale obiective; chiar dacă acestea s-au regăsit printre opțiunile guvernelor anterioare, orientarea politică actuală dorește să le facă operaționale, aceasta fiind problema fundamentală a schimbării.

De aceea, „Cartea Alba a preluării guvernării, decembrie 2000 în domeniul sănătății” este o analiză detaliată a domeniului ocrotirii sănătății în România, bazată pe date statistice de ultimă oră la nivel național și internațional, cu referiri pertinente la reforma sistemului sanitar, resursele umane, financiare, unități sanitare și dotările cu aparatură medicală, situația medicamentului și a unităților farmaceutice, programele naționale de sănătate, programul național de aderare a României la Uniunea Europeană pentru sănătate, proiectul de reabilitare a sistemului sanitar RO-3409 finanțat prin Banca Mondială, situația sistemului informațional, cât și trecerea în revistă a principalelor acte normative inițiate de Ministerul Sănătății în perioada 1996-2000. Potrivit acesteia *România trebuie să revizuiască rapid modul de abordare a ocrotirii sănătății, să identifice nevoile reale de servicii medicale și să elaboreze programe de acțiune pe termen scurt, mediu și lung, bazate pe resursele disponibile, dar și pe înțelegerea că nu mai putem cheltui ineficient, că nu ne putem permite încă o protecție socială asemanătoare țărilor dezvoltate, dar că trebuie asigurate condițiile decente de **accesibilitate, acceptabilitate și echitate la serviciile medicale de baza**.*

Astfel, la preluarea guvernării, în 2000, au fost stabilite:

- Scopurile si obiectivele reformei

a) *Scopurile fundamentale* declarate ale procesului de reforma de dupa 1990 au fost:

- imbunatatirea starii de sanatate a populatiei;
- cresterea eficientei in folosirea resurselor;
- schimbarea relatiei medic-pacient;
- cresterea nivelului de satisfactie a populatiei si a furnizorilor de servicii medicale.

b) *Principiile politicii sanitare* pe baza carora urma sa se atinga aceste scopuri erau:

- asigurarea accesului echitabil la serviciile de sanatate;
- acoperirea intregii populatii cu aceste servicii;
- solidaritatea in finantarea serviciilor medicale;
- stimularea furnizarii de servicii eficiente si eficiente;
- acordarea serviciilor in functie de nevoile de sanatate;
- libertatea pacientului de a-si alege medicul;
- autonomia profesionistilor in domeniul medical;
- colaborarea serviciilor de sanatate cu alte sectoare care influenteaza starea de sanatate (educatie, servicii sociale etc.).

c) *Obiectivele strategice* al reformei, in sensul celor de mai sus, au fost:

- reconstruirea unitara a cadrului legislativ si organizatoric;
- diversificarea mecanismelor de generare a resurselor financiare;
- plata serviciilor bazata pe eficienta si calitatea actului medical;
- asigurarea unei mai bune accesibilitati a populatiei la servicii de sanatate; trecerea centrului de greutate a serviciilor de sanatate catre asistenta ambulatorie;
- cresterea calitatii serviciilor medicale;
- stimularea privatizarii sub diverse forme, introducerea competitiei intre furnizori;
- descentralizarea sistemului de sanatate, prin cresterea rolului autoritatilor locale, asociatiilor profesionale, institutiilor finantatoare, a comunitatilor etc

➤ Principalele activitati ale reformei s-au desfasurat in domeniul conducerii sistemului si asigurarea cadrului legislativ, finantarii serviciilor de sanatate, ca si al resurselor umane si resurselor fizice din sistemul sanitar.

➤ Metoda utilizata in aplicarea masurilor de reforma a fost, in general, aceea de testare prin experimente pilot. *Din pacate continuitatea procesului de reforma in sanatate a fost afectata de dese schimbări de guvern si de ministri fiecare noua echipa de conducere insusindu-si cu retineri actiunile demarate anterior. Lipsa unor strategii clare si a unor obiective definite riguros si care sa fie urmarite independent de schimbarile politice au afectat procesul de reforma.*

➤ Stradania de a pune in functiune Casa Nationala a Asigurarilor de Sanatate (CNAS) si Colegiul Medicilor (CMR), cu toate structurile lor de conducere si teritoriale, au lasat pe planul doi grija fata de starea de sanatate a populatiei si nevoile de servicii medicale ale acesteia, fapt ilustrat in agravarea starii de sanatate la nivel national, in comparatie cu alte tari din Europa.

- **Completarea cadrului legislativ**

➤ Atat aprobarea legilor necesare, cat si trecerea de la actul normativ aprobat la modificarile structurale concrete si la demararea efectiva a activitatilor specifice din cadrul reformei sistemului s-a dovedit a fi un drum lung si dificil, grevat de mentalitati inechitate, lipsa resurselor necesare si nu de putine ori de lipsa de vointa politica.

- **Asigurarile sociale de sanatate si plata serviciilor medicale**

➤ Finantarea unitatilor din asistenta primara si ambulatorul de specialitate privatizate, se realizeaza prin contracte incheiate cu casele de asigurari de sanatate. Rambursarea cheltuielilor pentru serviciile prestate asiguratilor se face conform prevederilor Contractului Cadru, care se aproba anual prin hotarare de guvern.

➤ Finantarea spitalelor se face intr-o proportie de peste 90% prin contracte de servicii incheiate intre conducerile spitalelor si casele judetene de asigurari de sanatate. Bugetele istorice ale spitalelor nici nu recunosc si nici nu recompenseaza imbunatatirea calitatii si a eficientei in furnizarea serviciilor spitalicesti. Este in derulare proiectul de finantare a spitalelor bazata pe caz (grupuri de diagnostice - DRG) care va permite cumpararea serviciilor de la spitale pe baza rezultatelor acestora, monitorizarea calitatii ingrijirilor acordate pacientilor si cresterea eficientei la nivelul asistentei spitalicesti.

Pentru a se reglementa finantarea unitatilor spitalicesti, s-au propus urmatoarele:

- a) investitiile pentru constructii si dotarea cu aparatura de performanta sa fie asigurate din bugetul statului, iar serviciile sa fie finantate din fondurile de asigurari sociale de sanatate.
- b) trebuie sa fie delimitata finantarea programelor nationale, intre contributia bugetului de stat si a fondului de asigurari de sanatate. In prezent multe din programe nu se pot derula deoarece fiecare parte ce trebuie sa asigure finantarea (Ministerul Sanatatii si Familiei si CNAS), isi sustine parerea proprie in detrimentul celeilalte, desi contribuabilii (populatia) platesc atat impozite si taxe catre stat, cat si contributii pentru asigurarile sociale de sanatate.

- **Imbunatatirea accesului la serviciile de sanatate**

➤ Cresterea ponderii asistentei ambulatorii a inlesnit cresterea accesibilitatii populatiei la asistenta medicala prin posibilitatea de a-si alege atat medicul de familie, cat si medicul specialist. Totusi, in zonele izolate, accesibilitatea a scazut. In cazul acestora, masurile initiale de Ministerul Sanatatii si Familiei au fost insuficiente si ineficiente, deoarece nu mai exista sistemul repartizarilor directe pentru medici. Nici casele de asigurari de sanatate nu au folosit toate mijloacele de motivare care le stau la dispozitie.

➤ Accesibilitatea la serviciile de sanatate a fost inegala. Se stie ca accesibilitatea depinde de mai multi factori, intre care:

- interesul manifestat de autoritatile locale pentru a crea facilitati speciale pentru atragerea medicilor si a personalului medical in localitatile si zonele defavorizate;
- sistemul birocratic de aprobari necesare deschiderii unui cabinet medical;
- infrastructura zonală si baza materiala existenta in localitatile deficitare;
- motivatia medicului si a celorlalte cadre medicale de a lucra in aceste zone;
- motivatia administratiilor locale de a oferi facilitati pentru medicii din zonele respective.

Intr-o oarecare masura, accesibilitatea tine si de "cultura sanitara" a populatiei si de obiceiurile locale. In acest domeniu pe langa personalul medical din directiile de sanatate publica judetene, au un rol important si celelalte institutii publice (primariile, scoala, etc.), cat si organizatiile civile, care pot contribui la educarea populatiei.

- **Cresterea calitatii serviciilor medicale**

- *Calitatea asistentei medicale* este apreciata prin rezultatul evaluarii complexe al unor servicii medicale diversificate, in baza unor standarde nationale sau internationale. Ministerul Sanatatii si Familiei, ca autoritate de stat, aproba sistemele nationale menite sa controleze calitatea serviciilor medicale si de ingrijiri in spital si procedeele de diagnostic si tratament in sistemul de asistenta medicala ambulatorie.

- Pentru asigurarea cresterii calitatii actelor medicale si pentru o mai buna accesibilitate, Ministerul Sanatatii si Familiei a derulat actiuni de imbunatatire a infrastructurii spitalelor, a unor centre de sanatate, dotarea prioritara cu aparatura de performanta a unor institutii si centre clinice pentru a deveni unitati de referinta. Echipamentele s-au achizitionat atat din bugetul alocat ministerului, cat si prin credite oferite de Banca Mondiala.

- Strategia de privatizare ar trebuie sa includa urmatoarele principii si obiective:

- *"privatizarea" intregii asistente medicale, fara transferul obligatoriu al proprietatii catre investitorii privati pentru profit; independenta operationala si financiara ("privatizare") a institutiilor de ingrijiri;*
- *"privatizarea" intregii profesii medicale, dand libertate pacientilor de a-si alege medicii in cadrul institutiilor publice si private, la toate nivelurile asistentei medicale; libertatea profesionistilor de a fi alesi de catre pacienti si remunerati printr-un sistem bazat pe rezultate si non-inflationist;*
- *"angajare deschisa" a medicilor "privatizati" in cadrul institutiilor de sanatate;*
- *accesul echitabil al cetatenilor la programele de sanatate publica efective si ingrijiri primare de sanatate de inalta calitate, bazate pe medici de familie si finantate prin sistem de taxe si impozite ;*
- *intarirea rolului guvernului in reglementarea si controlul sectorului de sanatate independent/privatizat.*

- **Privatizarea institutiilor sanitare**

- Privatizarea institutiilor sanitare si asigurarea principiului de libera practica medicala in asistenta medicala primara si de specialitate ambulatorie, este menita sa afirme initiativa privata in organizarea si asigurarea serviciilor medicale, independent de interventia autoritatilor publice de stat si locale. Privatizarea asigura in primul rand o mai mare raspundere a medicului fata de pacient (care are dreptul sa aleaga medicul curant), dar atat medicul, cat si cabinetul medical ca institutie trebuie sa infrunte concurenta colegilor lor, fapt care introduce in sistem elemente de piata bazate pe o mentalitate de "intreprinzator".

- Privatizarea unitatilor ambulatorii (cabinete medicale de medicina primara - de familie si de specialitate) s-a realizat in baza Ordonantei Guvernului nr.124/1999 privind organizarea cabinetelor medicale. Ea continea si initiativa de a acorda in comodat spatiile si

aparatura din fostele dispensare rurale si urbane, cat si din policlinici - inclusiv cabinetele de stomatologie - medicilor din aceste cabinete medicale. Tot prin prevederile acestui act normativ au putut fi infiintate ambulatorii de spital, care au asigurat posibilitatea ca si medicii din spital sa poata asigura asistenta medicala de specialitate ambulatorie, prin contractarea acestor servicii cu casele judetene de asigurari de sanatate. Aplicarea acestui act normativ a permis privatizarea aproape 100% a asistentei medicale primare, atat in mediu urban cat si in mediu rural, precum si intr-o proportie de peste 70% a asistentei de specialitate ambulatorii.

➤ Exista si cabinete medicale, policlinici si centre de diagnostic si tratament infiintate din initiativa privata, dar se resimte fata de ele o discriminare din partea caselor judetene de asigurari de sanatate la incheierea contractelor.

A inceput, foarte timid, si crearea de unitati noi spitalicesti prin investitii private. Pe viitor aceasta actiune ar trebui sa se realizeze pe baza unui program controlat, prin introducerea unui plan national de paturi si prin noi strategii de formare a personalului medical si paramedical, prin revizuirea sistemului centralizat de intrare in rezidentiat.

➤ Privatizarea distribuirii produselor farmaceutice, atat a marilor distribuitori (en gros), cat si a farmaciilor, s-a terminat deja in anul 1992. Prin lipsa organismelor de reprezentare patronale, cat si lipsa unui sistem eficient de control al preturilor din partea statului, s-a ajuns ca produsele farmaceutice din import sa fie mai scumpe decat in multe tari vecine si mult mai scumpe decat in tarile de origine.

Prin infiintarea Agentiei Nationale a Medicamentului (ANM) si emiterea Ordonantei Guvernului nr. 125/1998 s-a realizat separarea politicii medicamentului (pe care o face Ministerul Sanatatii si Familiei) de activitatea profesional stiintifica privind produsele farmaceutice, care este realizata de ANM, precum si armonizarea cu normele europene si o stabilitate relativa in sistemul de asigurare cu medicamente. O consecinta favorabila a fost si cresterea investitiilor straine in producerea medicamentelor si a produselor biologice.

- [Descentralizarea serviciilor sanitare](#)

Descentralizarea serviciilor medicale de medicina primara, prin institutia medicului de familie si diferite forme de asistenta medicala de specialitate ambulatorie, a inceput practic prin aplicarea legii asigurarilor de sanatate.

Disparitia dispensarului medical si aparitia cabinetului medicului de familie a dezorganizat o serie de circuite informationale, necesare deciziilor la nivelurile superioare. Reglementarile aparute nu au fost totdeauna respectate, rezultatul fiind existenta in prezent a doua sisteme si fluxuri informationale paralele, unul catre Ministerul Sanatatii, altul spre Casa de Asigurari de Sanatate, medicii transmitand fara probleme datele doar catre aceasta din urma, deoarece aceste raportari conditioneaza remunerarea lor. Foarte grava este si problema incoerentei definitiilor si a codificarilor, care in anumite cazuri au fost reinventate la nivelul Casei de Asigurari, ignorandu-se metodologiile acceptate, care conditioneaza raportarile catre Institutul National de Statistica, Organizatia Mondiala a Sanatatii etc. in prezent s-au demarat anumite actiuni pentru remedierea acestei situatii.

Responsabilitatea statului in sectorul sanatatii, recunoscuta atat de sustinatorii cat si de oponentii privatizarii (S. Belmartino, 1994), include: definirea politicii generale de sanatate, cadrul legal pentru operatiuni financiare si aprovizionarea ingrijirilor medicale publice si private, monitorizarea performantelor sistemului si garantarea mecanismelor financiare si a instruirii personalului din sanatate. Reteaua de experti in Sanatate si Finantarea ingrijirilor de Sanatate

(W.C. Wlodarczyk si J. Sabbat) a Biroului Regional al Organizatiei Mondiale a Sanatatii, 1994 a recunoscut urmatoarele *caracteristici tipice* ale responsabilitatii statului:

- descentralizarea sarcinilor si delegarea puterilor administrative ale statului autoritatilor si comunitatilor locale independente autogovernatoare (ca in Finlanda);
- echilibrarea serviciilor nationale de sanatate finantate si aprovizionate de stat cu o varietate de institutii publice si non publice (ca in Spania);
- schimbarea responsabilitatii de la stat la institutiile private sau semiprivatizate (ca asigurarile mutuale din Franta).
- actionand ca arbitru sau moderator in procesul negocierii dintre institutiile independente care impart responsabilitati prin statut, cand procesul de negociere esueaza in obtinerea efectelor dorite (ca in Germania).

Principiile care ar trebui urmarite:

- a) banii sa urmeze pacientul. Ar trebui sa existe o legatura puternica intre fluxul financiar si utilizarea de facto de catre consumatori;
- b) relatiile contractuale intre asigurat, casa de asigurari si furnizori ar trebui sa se protejeze impotriva santajului, introducand relatii contractuale pe termen suficient de lung;
- c) un contract ar trebui intotdeauna sa fie in masura sa ofere o balanta intre abilitatea de a conduce cheltuielile totale si recunoasterea cantitatilor si a diferentelor calitative ale serviciilor prestate.

- separarea cumparatorilor de furnizorii serviciilor spitalicesti si stabilirea de relatii contractuale intre cumparatori si furnizori;
- utilizarea unei noi formule de alocare a fondurilor centrale pentru autoritatile districtuale;
- libertatea de a se transfera grupurilor mari de medici generalisti, parti din fondurile destinate spitalelor, permitandu-le sa cumpere ingrijiri de spital in numele pacientilor lor.

Modificarile ce se vor introduce trebuie sa fie simple, facile si fezabile.

Este necesara o evaluare predecizionala responsabila si prudenta, care, in conditiile specifice evolutiei sistemului nostru de sanatate dupa 1990, trebuie sa tina cont ca:

- privatizarea reala in sectorul sanitar, nefiind sustinuta si reglementata, s-a dezvoltat firav si anarhic;
- nu a aparut o piata reala a serviciilor de sanatate, nici controlata si nici necontrolata;



III. PLAN NATIONAL DE ACTIUNE

In Programul de Guvernare 2001 - 2004⁵ - Capitolul V sunt cuprinse prevederile referitoare la **Imbunatatirea starii de sanatate a populatiei, protectia copilului**. Principalele obiective sunt structurate dupa cum urmeaza:

1. Ocrotirea sanatatii

Programul guvernamental in acest domeniu porneste de la faptul ca ingrijirea sanatatii trebuie sa fie un bun social colectiv, accesibila tuturor cetatenilor Romaniei, indiferent de capacitatea lor de a plati, pe fondul asigurarii unui acces liber si echilibrat la

⁵ Aprobata prin HG 455/09.05.2001, publicata in Mof 267/23.03.2001

In stabilirea actiunilor si masurilor pentru realizarea obiectivului strategic "O Romania mai sanatoasa, cu o morbiditate scazuta si mai putine decese premature", *s-a luat in considerare neconcordanta existenta dintre nevoile de ingrijire ale populatiei, structurile si orientarea serviciilor de sanatate*, precum si faptul ca sistemul sanitar actual se caracterizeaza printr-un numar prea mare de tipuri de unitati sanitare cu *suprasolicitatea unor servicii, ineficienta altora si orientarea excesiva spre serviciile intraspitalicesti, in detrimentul celor ambulatorii si comunitare*.

In acest context, se va urmari:

- **Dezvoltarea unor servicii medicale integrate** (asistenta primara, de specialitate in ambulator, spital si de urgenta) in scopul cresterii calitatii ingrijirilor, a unui raspuns mai eficient la solicitarile consumatorilor, precum si a realizarii raportului cost-eficienta corespunzator. Pentru ameliorarea indicatorilor de mortalitate si morbiditate in populatia generala se vor aplica 32 programe nationale si se va dezvolta reseaua serviciilor de sanatate publica prin schimbarea raportului sectoarelor spitalicesc-extraspitalicesc.

- Statul, prin reprezentantii sai, trebuie sa fie un garant al modului de dezvoltare si supraveghere a asistentei medicale in Romania pentru toate categoriile de cetateni (din mediul urban si rural, copii, batrani, salariatii, someri, defavorizati social, persoane cu venituri modeste sau fara venituri).

- Ministerul Sanatatii va emite si aplica acte normative, care sa inlocuiasca sistemul centralizat si de comanda printr-un sistem descentralizat si eficient in favoarea cetateanului, sistem care sa defineasca relatia dintre autoritatile centrale si cele locale. Cresterea autonomiei serviciilor de sanatate va stimula competitia si calitatea serviciilor medicale. Ministerul Sanatatii va fi ferm si corect, restabilind autoritatea institutiei de stat, dezvoltand strategia si punand in practica politica Guvernului in domeniul sanatatii populatiei prin aplicarea principiilor moderne de satisfacere a asistentei medicale, de protectie si sustinere a starii de sanatate colective si individuale.

- Ministerul Sanatatii isi pastreaza responsabilitatea gestionarii de fonduri pentru:

- a) gestionarea alocarii bugetare pentru sanatate;
- b) gestionarea programelor de sanatate de importanta nationala;
- c) reglementarea sectorului de sanatate public si privat;
- d) realizarea cercetarii privind politica sanitara;
- e) finantarea cladirilor si a echipamentelor de inalta performanta;
- f) dezvoltarea capacitatii manageriale.

- **Crearea unui sistem pluralist de finantare a activitatii medicale**, compus din resurse publice si private.

Sistemul se va baza pe sanse egale pentru servicii medicale si va asigura echitabil problema platilor serviciilor prestate. Modalitatile de plata vor fi facute cunoscute intregii populatii. *Finantarea sistemului de sanatate se va face din fondurile asigurarilor si din platile pacientilor*. Bugetul de stat va finanta programele medicale nationale si investitiile in spitale, constructii si echipamente de inalta performanta. *Fondurile de asigurari de sanatate vor finanta serviciile de sanatate* (primara, ambulatorie, spitaliceasca, de urgenta, stomatologica, reabilitare, produse farmaceutice compensate). Pacientul va contribui partial la plata unor servicii medicale si integral la plata altor servicii medicale, precum si la cea a medicamentelor compensate.

➤ Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, furnizoarea principala de resurse financiare pentru serviciile medicale, va defini clar pachetul de servicii de sanatate oferite populatiei, va stabili drepturile pacientilor, va spori calitatea asistentei medicale prin impunerea de standarde de calitate, va rationaliza serviciile medicale inevitabile intr-un sistem bugetar limitat, va sprijini descentralizarea si cresterea actului managerial central si local.

➤ Se are in vedere dezvoltarea unui model de alocare obiectiva a fondurilor existente in sistem catre spitale, in functie de caracteristicile spitalului si ale patologiei pacientilor tratati de catre fiecare spital. Sistemul de finantare propus va utiliza o metoda - testata si utilizata in multe tari dezvoltate - bazata pe sistemul Grupelor de Diagnostic (Diagnostic Related Groups - DRG).

- Dezvoltarea si consolidarea actiunii de privatizare in special a activitatii medicale si farmaceutice, precum si inceperea privatizarii unitatilor medicale ambulatorii de specialitate si spitalicesti. Ministerul Sanatatii va elabora o strategie de privatizare a unitatilor medicale ambulatorii de specialitate si spitalicesti, tinand seama de specificul perioadei de tranzitie in care se gaseste Romania si de nivelul sau de dezvoltare economica, in corelare cu nivelul de venituri al populatiei.

➤ Realizarea procesului de privatizare va avea loc, in primul rand, prin modificarea Legii Proprietatii Publice si trecerea spitalelor si ambulatoriilor de specialitate din proprietatea publica in proprietatea privata a statului. Totodata, vor fi sustinute si alte forme de privatizare, ca asocierea investitionala si concesiunea, cu pastrarea obiectului de activitate - asistenta medicala.

➤ Crearea conditiilor legale pentru infiintarea caselor de asigurari de sanatate private cu acces neingradit, ceea ce va permite gasirea unor noi surse de finantare, realizarea principiului de universalitate, de solidaritate, de subsidiaritate, de echitate si de autonomie a asistentei sanitare din Romania.

- Definirea precisa a rolului Colegiului Medicilor din Romania, a Colegiului Farmacistilor din Romania si a Colegiului Asistentilor Medicali prin concentrarea pe activitati profesionale. Activitatea colegiilor va fi independenta atat fata de administratia de stat, locala si centrala, cat si de partidele politice etc. Aceste colegii vor oferi garantii societatii civile si statului privind practicarea riguroasa a profesiei de medic, farmacist si asistent medical la un nivel profesional si moral ireproșabil.

- Elaborarea statutului medicului, statutului farmacistului, statutului cadrului medical auxiliar si a raporturilor acestora in societate (cu politia, justitia, biserica), astfel incat sa se asigure acestor profesii (de medic, farmacist, asistent medical) locul onorabil pe care-l merita.

- Invatamantul medical va avea responsabilitati contractuale, cu programe de pregatire profesionala la cel mai inalt standard international atat in ceea ce priveste partea teoretica, cat si in ceea ce priveste calificarea practica. Anual, se va stabili numarul posibil si necesar de medici care pot fi formati, se va hotari numarul optim de studenti pentru fiecare facultate, crescand numarul de absolventi de medicina generala, stiut fiind faptul ca in prezent, in Romania densitatea medicilor este de 17/10.000 de locuitori, fata de densitatea medie din Europa de 28-29/1.000 locuitori. Vor fi stabilite criteriile clare privind acreditarea invatamantului medical privat. Facultatea de medicina va dispune de acreditariile academice necesare, care se bazeaza numai pe invatamantul metodic, cercetare si pe baza materiala adecvata.

➤ Introducerea "numerus clausus" pentru stabilirea necesarului de medici va

putea asigura o dispersie unitara a absolventilor in teritoriu, evitand astfel aparitia somerilor in medicina.

➤ Spitalele din Romania vor fi infratite cu spitale din UE si S.U.A., facilitand astfel schimbul de specialisti, crearea de colective mixte de cercetare, ce vor duce implicit la imbunatatirea actului medical.

- Elaborarea de catre Ministerul Sanatatii si Ministerul Industriei a unui program complex bazat pe principii moderne de productie elaborate de organe specializate europene si adoptate de catre Agentia Nationala a Medicamentului, prin care sa se asigure, pe de o parte, necesarul sectorului de sanatate si, pe de alta parte, stimularea productiei autohtone de aparatura si instrumentar medical modern si competitiv se va face prin acordarea de facilitati financiare si fiscale producatorilor. Atat produsele farmaceutice romanesti, cat si aparatura si instrumentarul medical vor fi achizitionate prioritar de unitatile sanitare, in conditii de competitivitate.

➤ O actiune importanta in acest sector consta in reorganizarea sistemului de control al produselor farmaceutice, biologice, de uz uman si sanguine, precum si dezvoltarea domeniului farmacologiei clinice.

- Acordarea de catre stat a unor facilitati pentru acces la credite ieftine, medicilor si farmacistilor, realizandu-se cadrul legal pentru acordarea de facilitati fiscale si financiare pe termen lung pentru practica medicala si farmaceutica privata, in scopul infiintarii de cabinete medicale particulare pentru asigurarea asistentei medicale primare, cat si unor unitati sanitare pentru asistenta medicala ambulatorie si spitaliceasca.

➤ O preocupare speciala va consta in introducerea sistemelor de finantare tip leasing si a microcreditelor. Utilizarea fondului de rezerva al Casei Nationale de Asigurari ca un revolving-fund, pentru finantarea acestor operatiuni, fara a solicita medicilor garantii materiale sau patrimoniale, va impulsiona achizitionarea de echipamente noi in sistemul public si privat.

- Atragerea personalului medical superior si mediu in zone izolate sau defavorizate prin oferirea unor facilitati (salarii substantial majorate, sedii pentru dispensar cu dotari corespunzatoare cu aparatura, echipamente si materiale sanitare si cu mijloace de transport adecvate zonei, locuinta si teren agricol in folosinta, precum si conditii avantajoase pentru pensionare). Se vor initia negocieri pentru obtinerea sprijinului Bancii Mondiale in vederea dotarii cu echipamente a dispensarelor fara medic din zonele defavorizate.

- Salarizarea personalului sanitar superior si mediu, atat in medicina primara, cat si in cea de specialitate se va face in functie de prestatiile efectuate, de eficienta si calitatea actului medical, indiferent de statutul public sau privat al furnizorului. Se vor introduce mecanisme de plata (plata per-capita, per-act sau combinarea celor doua modalitati) care sa stimuleze furnizorii sa ofere servicii sanitare de calitate.

- Se va promova o noua metoda de compensare a medicamentelor prin introducerea mai multor grupe de medicamente compensate, in functie de categoriile de boli. In acest scop se va utiliza practica Organizatiei Mondiale a Sanatatii privind elaborarea listei de medicamente compensate, urmarindu-se, totodata, promovarea pe aceasta lista a produselor din oferta interna. De asemenea, se va introduce un program gratuit, coerent de contraceptie in domeniul sanatatii reproducerii pentru prevenirea sarcinilor nedorite si scaderii numarului de avorturi si a complicatiilor ce rezulta din acestea.

- **Acordarea gratuita de lapte praf din productia interna copiilor in varsta de 0 - 1 an.** Aceasta actiune, asociata cu imunizarea completa a copiilor va avea ca rezultat reducerea morbiditatii si mortalitatii juvenile, constituindu-se ca un fundament al medicinei preventive.

- **Reorganizarea asistentei medico-chirurgicale** de urgenta prin crearea progresiva a unor centre cu dotare tehnico-medicala specifica, mijloace de transport si comunicare adecvate, cu arondare pe o raza de maximum 25 km. Serviciile oferite de asistenta medicala de urgenta vor fi remunerate cu un spor fata de alte servicii medicale. Asistenta medicala de urgenta va organiza si programe de actiune in comun cu primariile, politia, pompierii, apararea civila.

- **Reorganizarea pe principiul competentei si eficientei a asistentei medicale ambulatorii de specialitate** acordate in orase de Centrale de Diagnostic si Tratament si crearea la nivel rural a unor centre de asistenta medicala dotate cu mijloace de evacuare medicalizat. In acest context se vor asigura:

- a) o imbunatatirea eficientei si calitatii serviciilor medicale prin restructurarea si reorientarea lor cu scopul de a raspunde necesitatilor de ingrijire a populatiei;

- b) o introducerea conceptului de cost-eficienta, prin organizarea unor servicii medicale integrate;

- c) o cresterea rolului medicinei preventive si a promovarii sanatatii.

- **Renovarea, modernizarea si dotarea cu aparatura de inalta performanta a spitalelor reprezentative,** precum si crearea conditiilor pentru activitati medicale civilizate in toate spitalele tarii. Se vor crea servicii de asistenta spitaliceasca de scurta durata (o zi).

- **Infiintarea de spitale-centre medico-sociale pentru persoane sarace cu venituri sub limita existentei** si pentru cele care nu platesc asigurari sociale de sanatate, precum si infiintarea de spitale-camin pentru persoanele in varsta, bolnave si fara apartinatori. Infiintarea acestor centre medico-sociale se va realiza prin reorganizarea unitatilor spitalicesti disponibilizate de catre Ministerul Sanatatii si Familiei. Activitatea in centrele medico-sociale se va finanta din fonduri de la Ministerul Muncii si Solidaritatii Sociale, asistenta medicala fiind asigurata de Ministerul Sanatatii si Familiei si Casele de Asigurari de Sanatate. Prin colaborare cu ONG-uri din Europa si S.U.A. si prin crearea unui cadru legislativ adecvat, asistenta medico-sociala in aceste centre se va putea realiza la standarde internationale.

- **Acordarea de asistenta medicala gratuita elevilor si studentilor** prin angajarea de catre Ministerul Educatiei si Cercetarii a medicilor de medicina generala, care vor incheia contracte cu Casa Nationala de Asigurari Sociale de Sanatate. Prin aceasta se faciliteaza accesul la asistenta medicala si, in caz de nevoie, internarea in orice unitate spitaliceasca.

IV. PARTENERII SISTEMULUI DE SANATATE

Rol, atributii, comunicare intre actorii sistemului. Analiza critica

➤ Sistemele sanitare includ "actori", institutii si grupuri ce *indeplinesc diferite functii si au interese deosebite in cadrul sistemului*, cum ar fi specialistii, farmacistii, producatorii si distribuitorii de medicamente, casele de asigurari de sanatate si multi altii; in regimul comunist, pozitia si interesele acestor grupuri au fost coordonate si limitate de catre stat; in noile conditii, mandatarii au o mult mai mare libertate de actiune pentru a-si proteja si promova interesele. Tranzitia catre finantarea din resurse proprii si libertatea de alegere forteaza institutiile componente ale sistemului sanitar sa lupte pentru existenta si sa se preocupe de viitorul lor. Organizatiile profesionale, organizatiile de asigurari pentru sanatate si alte parti interesate sa conduca institutiile sanitare de-a lungul conditiilor turbulente si instabile ale perioadei de tranzitie au nevoie de experti bine pregatiti in managementul strategic.

➤ Managementul strategic (Duncan W.Y., Ginter P.M., Swayne L.E., 1992) este filosofia conducerii organizatiilor care sunt orientate spre exterior si reuneste planificarea strategica, cu luarea operationala a deciziilor. Aceasta este o incercare de a stabili relatii constructive intre mediul extern si situatia interna a organizatiei.

Elementele de baza ale managementului strategic sunt:

- capacitatea de a intelege (insusi comportamentul competitiv intr-un mediu in care cei antrenati in concurenta, cei ce finanteaza, angajatii se afla intr-o permanenta interactiune;
- abilitatea de a folosi aceasta intelegere pentru a prevedea modul in care o anumita strategie poate restabili echilibrul intre competitori;
- angajarea resurselor in noi utilizari;
- capacitatea de a prezice riscul si beneficiul cu destula acuratete si credibilitate pentru a justifica o anumita utilizare a resurselor; . - capacitatea de actiune si implicare/angajament in aceasta.

➤ Exista sapte tipuri de decizii strategice importante pentru managerii situati pe diferite nivele in cadrul institutiilor medicale si organizatiilor profesionale:

- misiunea: scopul fundamental si telurile organizatiilor;
- consumator: pietele sau grupurile specifice menite spre a fi deservite de organizatii;
- produs: produsele sau serviciile specifice care vor fi oferite pietei sau consumatorilor;
- aria deservita: limitele fizice/geografice stabilite pentru activitatile organizatiilor;
- scopuri si obiective: rezultatele specifice pe care le vizeaza organizatiile;
- avantajul concurentei: mijloacele prin care organizatiile urmaresc sa se evidentieze fata de altele similare;
- relatii in exterior: cu *guvernul, sursele de finantare, furnizorii si alte grupuri interesate precum si alte componente.*

Roluri , functii in sistem

Functiile ministerelor sanatatii

Ministerul Sanatatii este un termen generic pentru *principala autoritate guvernamentala responsabila de protejarea sanatatii populatiei*; in raportul Comitetului de Experti al OMS (1988) privind "intarirea rolului ministerelor sanatatii pentru asistenta medicala primara", "Ministerul Sanatatii" semnifica una sau mai multe organizatii principale, interconectate pe verticala sau orizontala, responsabile pentru ingrijirea sanatatii, indiferent de variatiile scopului si a numelui lor la diferite nivele. Un asa-numit minister al sanatatii exista de obicei la nivelele centrale ale administratiei de stat, dar termenul poate fi utilizat si la alte nivele sau poate sa nu fie utilizat deloc. Pentru OMS, scopul intaririi ministerelor sanatatii a fost in primul rand de a le permite sa joace un rol adecvat in dirijarea si coordonarea tuturor activitatilor din cadrul sistemelor nationale de sanatate cu o viziune particulara asupra *implementarii ingrijirilor primare de sanatate*.

- Sunt identificate 28 de tipuri de functii comune in mod virtual fiecarui sistem national de sanatate. 15 din aceste 28 de functii ale sistemelor de sanatate sunt legate de:
 - *productia de resurse de sanatate* (productie de mana de lucru in sanatate, institutii de sanatate, productie farmaceutica, procurare si distribuire, productia de echipamente si materiale, tehnologie si cercetare stiintifica in sanatate);
 - *furnizarea de ingrijiri de sanatate* (servicii de sanatate a mediului, servicii preventive si de promovare a sanatatii pentru indivizi, ingrijiri medicale primare, ingrijiri medicale secundare, ingrijiri medicale tertiare, ingrijiri de sanatate pentru indivizii din populatii speciale, ingrijiri de sanatate pentru indivizi cu tulburari speciale si auto-ingrijirea organizata);
 - *mecanisme de suport economic* (mobilizarea de resurse financiare, alocarea fondurilor de sanatate).

- Pentru a administra functiile mai sus mentionate, ministerele sanatatii trebuie autorizate, organizate adecvat si dotate cu instrumente/metode pentru stabilirea, coordonarea si controlul urmatoarelor 13 functii de management:
 - managementul problemelor de sanatate;
 - planificarea in sanatate si formularea politicii;
 - fluxul informational;
 - coordonarea in cadrul sistemului de sanatate;
 - coordonarea intre sectoarele sociale si economice;
 - implicarea comunitatii;
 - legislatia in sanatate;
 - reglementarea resurselor umane;
 - reglementarea resurselor materiale;
 - reglementarea serviciilor care ofera ingrijiri individuale;
 - reglementarea mediului;
 - evaluarea serviciilor de sanatate;
 - cooperarea internationala.

Problema actuala pentru ministerele sanatatii este de a dezvolta instrumente de management eficace pentru a influenta "actorii" sistemelor de sanatate, ca acestia sa se comporte in acord cu scopurile politicii nationale de sanatate.

Exista o reactie pozitiva la unul sau la combinatia mai multora din urmatoarele *instrumente de macro-management*:

- Metode de finantare. Instrumente si metode prin care nivelul

cheltuielilor totale ale ingrijirilor de sanatate poate fi obtinut, mobilizat si adecvat administrat; scopuri si prioritati stabilite pentru cheltuielile de ingrijiri de sanatate; criteriile stabilite de justitie sociala si solidaritate (in special pentru pachetele de beneficii ale ingrijirilor gratuite de sanatate); drepturile pentru ingrijirea medicala gratuita sa fie tinute in limitele fondurilor de sanatate disponibile.

- Stimulente pentru furnizorii de ingrijiri de sanatate. Un sistem de stimulente stabilit pentru a reglementa:

- a) cererea si oferta de servicii de ingrijiri de sanatate;
- b) accesul la ingrijiri de sanatate gratuite;
- c) calitate a ingrijirilor de sanatate;
- d) eficienta economica a serviciilor de ingrijire a sanatatii.

- Standarde si reglementari. Ar trebui sa se stabileasca un sistem de standarde si reglementari a continutului al calitatii serviciilor de ingrijire a sanatatii, incluzand acreditarea facilitatilor de sanatate si inregistrarea si autorizarea profesionistilor din sanatate.

- Impartirea clara a responsabilitatilor si functiilor intre ministerele sanatatii si agentiile lor de la diferite nivele ale guvernului; impartirea responsabilitatilor intre ministerul sanatatii, agentiile de sanatate publice si private si alte sectoare; reglementarea, coordonarea si controlul comportamentului mandatarilor in sistemul de sanatate.

- Monitorizare si informare cuprinde un sistem de monitorizare a sanatatii populatiei, a performantei sistemului de ingrijire a sanatatii si a igienei mediului, colectarea si furnizarea de date, evaluarea si analiza performantei sistemului.

- Stilul de management. Un sistem de management progresist:

planificarea obiectivelor si strategiilor politicii de sanatate, programe de sanatate, acordarea ingrijirilor de sanatate si management prin obiective.

"Actorii" curenti ai politicilor de sanatate

"Actorii" politicilor de sanatate pot fi clasificati, in acord cu puterea lor curenta, in urmatoarele grupe:

- organizatiile internationale si interguvernamentale, si donatorii straini implicati in sectorul de sanatate;
- guvernele si agentiile lor nationale, regionale si locale, incluzand asigurarile de sanatate;
- partidele politice si organizatiile non-guvernamentale;
- asociatiile profesionale ale furnizorilor de servicii de ingrijiri de sanatate;
- producatorii si distribuitorii de medicamente si echipament medical;
- organizatiile de cercetare in domeniul sanatatii si oamenii de stiinta individuali;
- cetatenii (ca indivizi si ca grupuri).

Probleme :

- a) "actorii" care nu se pun de acord cu privire la o *formulare* (definitie) clara a unei *probleme* (obiective variabile controlabile si necontrolabile);
- b) "actorii" care nu se pot pune de acord cu *metodologia* dezvoltarii strategiilor relevante;
- c) probleme care sunt bine definite, dar "actorii" nu se pot pune de acord
- d) cu privire la o solutie sau *strategie adecvate*.

➤ In sistemul sanitar romanesc, comunicarea intre "actorii" acestia ar

trebuie să țină cont de următoarele necesități :

- o necesitate care se impune cu prioritate, ea devenind premisa realizării unor nevoi ulterioare, este respectarea strategiei de comunicare pe termen mediu (un an), care să conducă la dezvoltarea unei rețele de relații între sistemul de asigurări sociale de sănătate și celelalte instituții, precum și în interiorul sistemului, în vederea realizării unei concordanțe la nivel național. Această strategie ar trebui să cuprindă printre altele, *programe de formare* atât pentru personalul caselor, cât și pentru alte instituții implicate în sistem (CMR, DSP, etc.);

- fundamentarea activității de relații publice și marketing, ceea ce ar conduce la o popularizare eficientă în rândurile beneficiarilor, dar mai ales ar realiza prin intermediul mass-mediei circulația rapidă a informației în toate sensurile și în toate direcțiile. În acest sens ar fi benefică implementarea unei legislații care să permită alocarea unor fonduri specifice acestui domeniu;

- demararea unui proiect de reconstrucție a imaginii publice a sistemului la nivel național, realizat de profesioniști cu mijloace de elită, pe principiile unui marketing modern. Acest lucru va fi abordat cu toată seriozitatea dacă se ia în considerație modul în care populația receptează sistemul, în condițiile în care acesta este relativ nou și se consolidează;

- recalcularea parametrilor teritoriali și realizarea concordanței cu limitele impuse de legislația în vigoare. Condiția pusă în discuție se regăsește în decalajele economice și sociale, care există între județe, ceea ce impune o abordare diferită a unor aspecte, cum ar fi modalitățile concrete de contractare, dimensionarea structurală și numerică a personalului, alocarea unor procente pentru subcapitolele de buget conforme cu necesitățile din teritoriu – elemente abordate deja în acest material.

- debutul sistemului a creat o nouă categorie de manageri : cei care trebuie să-și conducă și administreze propriul cabinet. Acest lucru influențează direct calitatea serviciilor medicale și implicit induce influențe în întregul sistem. Până la momentul actual, acest aspect a fost oarecum ignorat, neluându-se în seamă modul în care o componentă poate încetini sau chiar opri întregul angrenaj. O modalitate operativă de preîntâmpinare a unor neajunsuri, ar fi organizarea unor cursuri de management specific de cabinet.

Dincolo de strategia preconizată până la această fază de dezvoltare a sistemului, pot fi operate modificări prin adoptarea unor corecții ale componentelor fără periclitarea ansamblului, ceea ce ar reduce mult rezistența la reformă și ar crește considerabil randamentul sistemului.

Rolurile și atribuțiile “actorilor” sistemului

1. Casa Națională de Asigurări de Sănătate – rol, atribuții(*):

- administreaza si gestioneaza Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate, impreuna cu casele de asigurari de sanatate judetene, a municipiului Bucuresti, Casa Asigurarilor de Sanatate a Ministerului Lucrarilor Publice, Transporturilor si Locuintei si Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti, care sunt institutii subordonate C.N.A.S. conform O.U.G. nr. 150/2002 si prezinta Ministerului Sanatatii si Familiei rapoarte trimestriale si anuale privind executia bugetara;
- propune Ministerului Sanatatii si Familiei proiecte de acte normative care au incidenta asupra constituirii si utilizarii Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate;
- elaboreaza, implementeaza si gestioneaza procedurile si formularele unitare, avizate de Ministerul Sanatatii si Familiei, pentru administrarea sistemului de asigurari sociale de sanatate;
- elaboreaza si actualizeaza Registrul unic de evidenta al asiguratilor pe baza datelor transmise de casele de asigurari de sanatate;
- elaboreaza si publica raportul de activitate anual si planul de activitate pentru anul urmator;
- reglementeaza in mod unitar un sistem de asigurari pentru raspundere civila in domeniul medical pentru furnizorii de servicii medicale care sunt in relatii contractuale in sistemul de asigurari sociale de sanatate;
- asigura organizarea sistemului informatic si informational unic integrat pentru inregistrarea asiguratilor si pentru gestionarea si administrarea Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate. Indicatorii folositi in raportarea datelor in sistemul de asigurari de sanatate sunt unitari si se aproba de catre Ministerul Sanatatii si Familiei, la propunerea CNAS si Colegiului Medicilor din Romania;
- raspunde pentru activitatile proprii sistemului de asigurari sociale de sanatate in fata asiguratilor, Parlamentului, Guvernului si Ministerului Sanatatii si Familiei ;
- elaboreaza strategia sistemului de asigurari sociale de sanatate cu privire la colectarea, utilizarea si administrarea Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate;
- participa la stabilirea obiectivelor programelor de sanatate publica, in colaborare cu Ministerul Sanatatii si Familiei, Colegiul Medicilor din Romania, reprezentanti ai asiguratilor, spitalelor si clinicilor universitare, ai unitatilor de cercetare, ai organizatiilor neguvernamentale, ai sindicatelor si patronatelor, ai ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie;
- elaboreaza metodologia de acreditare a furnizorilor de servicii medicale,
- impreuna cu structurile nationale ale Colegiul Medicilor din Romania, Colegiului Farmacistilor din Romania si Ordinului Asistentilor Medicali din Romania, care se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si familiei;
- elaboreaza pe baza consultarii cu Colegiul Medicilor din Romania, Colegiul Farmacistilor din Romania si Ordinul Asistentilor Medicali din Romania, proiectul Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului asigurarilor sociale de sanatate, pana la data de 31 octombrie a anului in curs pentru anul urmator. Proiectul se avizeaza de Ministerul Sanatatii si Familiei cu consultarea obligatorie a ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie si se aproba prin hotarare a guvernului;
- elaboreaza norme metodologice de aplicare a contractului-cadru pana la data de 15 decembrie a anului in curs pentru anul urmator cu consultarea Colegiului Medicilor din Romania, Colegiului Farmacistilor din Romania si Ordinului Asistentilor Medicali din Romania, care se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si familiei si al presedintelui CNAS;

- avizeaza normele proprii de aplicare a Contractului – cadru elaborate de Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti si Casa Asigurarilor de Sanatate a Ministerului Lucrarilor Publice, Transporturilor si Locuintei care se aproba prin ordin comun al ministrului sanatatii si familiei si al ministrilor si conducatorilor institutiilor publice centrale cu retele sanitare proprii;
- negociaza criteriile privind calitatea asistentei medicale acordate asiguratilor din sistemul de asigurari sociale de sanatate, elaborate de Colegiul Medicilor din Romania;
- elaboreaza anual, impreuna cu Ministerul Sanatatii si Familiei si cu consultarea Colegiului Farmacistilor din Romania, lista cu medicamente de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala care se aproba prin hotarare a Guvernului;
- analizeaza proiectele de bugete de venituri si cheltuieli ale caselor de asigurari de sanatate judetene, respectiv a municipiului Bucuresti, precum si pe cele ale Casei Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti si Casei Asigurarilor de Sanatate a Ministerului Lucrarilor Publice, Transporturilor si Locuintei, propuse de acestia;
- elaboreaza metodologia si stabileste modalitatea de gestionare si de distribuire a cardului de asigurat;
- elaboreaza si propune Ministerului Sanatatii si Familiei strategiile necesare si actioneaza pentru indeplinirea conditiilor de aderare impuse de catre Uniunea Europeana ca parte integranta a politicii guvernamentale in domeniul asigurarilor sociale de sanatate;
- elaboreaza proiecte de norme metodologice, studii, analize in concordanta cu prevederile acquis-ului comunitar in domeniul asigurarilor de sanatate pentru indeplinirea conditiilor de aderare la Uniunea Europeana;
- realizeaza studii si analize privind functionarea, eficacitatea si performantele sistemului de asigurari de sanatate din Romania, in vederea perfectionarii acestuia;
- elaboreaza prognoze, strategii si politici globale privind dezvoltarea si cresterea performantelor sistemului de asigurari de sanatate din Romania;
- indruma metodologic si controleaza modul de aplicare a dispozitiilor legale de catre casele de asigurari de sanatate;
- negociaza si contracteaza cu institutii abilitate de lege colectarea si prelucrarea datelor privind unele servicii medicale furnizate asiguratilor, in vederea contractarii si decontarii acestora de catre casele de asigurari de sanatate;
- acorda gratuit informatii, consultanta si asistenta in domeniul asigurarilor sociale de sanatate persoanelor asigurate, angajatorilor si furnizorilor de servicii medicale;
- 4. participa la licitatiile nationale organizate de Ministerul Sanatatii si Familiei pentru achizitia de medicamente si materiale sanitare specifice pentru realizarea programelor de sanatate;
- incheie si deruleaza contracte de achizitii publice pentru medicamente si materiale sanitare specifice pentru realizarea programelor de sanatate;
- administreaza bunurile mobile si imobile din patrimoniul propriu in conditiile legii;
- asigura si controleaza respectarea dreptului asiguratilor la servicii medicale, medicamente si materiale sanitare in mod nediscriminatoriu, in conditiile legii;
- asigura, supravegheaza si controleaza functionarea sistemului de asigurari sociale de sanatate;
- asigura, monitorizeaza si controleaza modalitatea de eliberare a medicamentelor conform prevederilor art.24, art.25 si art. 26 din OUG 150/2002;
- constituie consilii de experti pentru elaborarea proiectelor de acte normative

pe care le prezinta Ministerul Sanatatii si Familiei, dupa consultarea obligatorie a ministerelor si institutiilor publice centrale cu retele sanitare proprii;

- participa la acreditarea medicilor si a personalului sanitar care pot fi admisi sa lucreze in sistemul de asigurari sociale de sanatate;
- organizeaza impreuna cu comisiile de specialitate ale Colegiului Medicilor din Romania, Colegiului Farmacistilor din Romania si ale Ordinului Asistentilor Medicali din Romania, controlul activitatii medicale furnizate asiguratilor, conform criteriilor prevazute la art.30 si art.31 din
- OUG nr.150/2002, precum si stabilirea masurilor impotriva incalcarii prevederilor legale si de aplicare a sanctiunilor, potrivit Cap.VIII din OUG nr.150/2002;
- organizeaza, impreuna cu Colegiul Medicilor din Romania si cu Ordinul Asistentilor Medicali din Romania, Comisia centrala de arbitraj;
- elaboreaza impreuna cu Colegiul Medicilor din Romania si cu Ordinul Asistentilor Medicali din Romania, regulamentul de activitate al arbitrilor din Comisia centrala de arbitraj, cu avizul Ministerului Justitiei;
- aproba anual bugetele de venituri si cheltuieli ale caselor de asigurari de sanatate in conditiile legii si dupa caz, cu avizul ministerelor si al institutiilor centrale cu retele sanitare proprii, corespunzatoare unui plan de activitati, precum si obiectivele de investitii, la propunerea acestora;
- asigura evidenta statistica necesara in activitatea specifica sistemului de asigurari sociale de sanatate si colaboreaza cu institutii cu atributii in domeniul statisticii;
- efectueaza direct sau prin intermediari specializati, sondaje in vederea evaluarii gradului de satisfacere a asiguratilor si de evaluare a interesului manifestat de acestia fata de calitatea serviciilor medicale si asigura controlul masurilor stabilite in gestionarea fondurilor pentru realizarea functionarii sistemului asigurarilor sociale de sanatate intr-un mod coerent si unitar;
- incheie conventii de cooperare si deruleaza programe finantate de organisme internationale avand ca specific asigurarile de sanatate;
- coopereaza cu partenerii sociali (patronate, sindicate, societate civila) si cu celelalte institutii cu atributii in asigurarea si promovarea sanatatii;
- stabileste strategii de marketing pentru selectionarea furnizorilor de servicii medicale in sistemul asigurarilor sociale de sanatate pentru cresterea continua a calitatii serviciilor medicale acordate asiguratilor;
- dispune toate masurile care se impun pentru asigurarea standardelor de calitate ale serviciilor medicale contractate de catre casele de asigurari de sanatate pentru asiguratii proprii;
- organizeaza pregatirea si perfectionarea profesionala a personalului propriu si al caselor de asigurari de sanatate, in cadrul unui sistem de evaluare si perfectionare continua a acestora, in CONDITIILE legii;
- elaboreaza norme privind modul de incasare a contributiilor la Fondul National Unic de asigurari sociale de sanatate;
- in cazul neachitarii la termen, potrivit legii, a contributiilor datorate Fondului National Unic de asigurari sociale de sanatate, CNAS, direct sau prin casele de asigurari de sanatate procedeaza la aplicarea masurilor de executare silita pentru incasarea sumelor cuvenite bugetului Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate, a dobanzilor, penalitatilor si a penalitatilor de intarziere, potrivit procedurii instituite prin Ordonanta Guvernului nr. 61/2002 privind colectarea creantelor bugetare, aprobata cu modificari si completari prin Legea nr. 79/2003.
- CNAS emite norme metodologice privind activitatea de executare silita pentru recuperarea creantelor la bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate, privind acordarea de inlesniri, amanari si esalonari la plata contributiilor, precum si norme tehnice privind constituirea si utilizarea fondului pentru acordarea de stimulente

personalului din cadrul CNAS si caselor de asigurari de sanatate, in conditiile stabilite de lege.

- stabileste, pe baza reglementarilor din Contractul –Cadru:
 - a) pachetul de servicii de baza la care au dreptul persoanele asigurate;
 - b) lista serviciilor medicale, a serviciilor de ingrijire, inclusiv la domiciliu, a medicamentelor, dispozitivelor medicale si a altor servicii pentru asigurati aferente pachetului de servicii de baza prevazut mai sus;
 - c) criteriile si standardele calitatii pachetului de servicii;
 - d) alocarea resurselor si controlul costurilor sistemului de asigurari sociale de sanatate in vederea realizarii echilibrului financiar al fondului;
 - e) tarifele utilizate in contractarea pachetului de servicii de baza, modul de decontare si actele necesare in acest scop;
 - f) internarea si externarea bolnavilor;
 - g) criteriile de internare;
 - h) asigurarea tratamentului spitalicesc, masuri de ingrijire la domiciliu sau de recuperare;
 - i) conditiile generale de acordare a tratamentului ambulatoriu;
 - j) prescrierea si eliberarea medicamentelor, a materialelor sanitare, a procedurilor terapeutice, a protezelor si ortezelor, a dispozitivelor de mers si de autoservire;
 - k) modul de informare a asiguratilor;
 - m) coplata pentru unele servicii medicale.
- stabileste conditiile organizarii licitatiilor in vederea contractarii unor servicii din pachetul de servicii de baza; pachetul de servicii de baza cuprinde servicii medicale, servicii de ingrijire a sanatatii, medicamente, materiale sanitare si dispozitive medicale prin care C.N.A.S. asigura accesul liber si echilibrat al asiguratilor la serviciile medicale;
- asigura decontarea din F.U.N.A.S. a serviciilor medicale acordate cetatenilor statelor membre ale Uniunii Europene, precum si cetatenii statelor cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale de cooperare in domeniul sanatatii si stiintelor medicale beneficiaza de acoperirea serviciilor medicale acordate pe teritoriu Romaniei, in conditiile prevazute de lege;
- avizeaza normele proprii de aplicare a Contractului – cadru, pentru ministerele cu retele sanitare proprii, si aprobarea lor prin ordin comun, in conditiile art. 10(8) din O.U.G. nr. 150/2002;
- stabileste conditiile de coplata din partea asiguratilor, in conditiile art. 12 lit. g) O.U.G.150/2002;
- stabileste pachetul minimal de servicii medicale pentru persoanele neasigurate,
- asigura informarea cel putin o data/an a fiecarui asigurat, prin casele de asigurari, asupra serviciilor de care beneficiaza, a nivelului de contributie si a modului de plata, dar si asupra drepturilor si obligatiilor sale precum si asupra mijloacelor de pastrare a sanatatii, de reducere si de evitare a cauzelor de imbolnavire si asupra pericolelor la care se expun in cazul consumului de droguri, alcool si tutun;
- stabilirea detaliata a serviciilor medicale profilactice suportate din Fondul Unic National de Asigurari de Sanatate ;
- stabilirea situatiilor in care asiguratii care efectueaza controale medicale periodice preventive beneficiaza de stimulente din Fondul Unic National de Asigurari de Sanatate;
- stabilirea activitatilor de suport de care beneficiaza asiguratii;
- stabilirea serviciilor medicale nedecontate din fond sau suportate de

unitatile care le solicita si cota - parte din costul protezelor si ortezelor suportata de asigurat;

- stabilirea masurilor pentru asigurarea calitatii pachetului de servicii de baza pentru asigurati, respectiv:

- a) acceptarea incheierii de contracte numai cu furnizorii acreditatii conform legii, precum si a medicilor, asistentilor medicali si altor categorii de personal acreditat;
- b) existenta unui sistem informational corespunzator asigurarii unei evidente primare privind diagnosticul si terapia aplicata;
- c) respectarea de catre furnizori a criteriilor de calitate a asistentei medicale si stomatologice, elaborate de CMR si OAMR;
- d) utilizarea pentru tratamentul afectiunilor numai a medicamentelor din Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman;
- e) utilizarea materialelor sanitare si a dispozitivelor medicale autorizate, conform legii;

- negocierea cu C.M.R., a criteriilor privind calitatea asistentei medicale ;
- efectuarea controlului respectarii criteriilor de calitate, impreuna cu CMR si OAMR;
- aplicarea politicilor de sanatate publica ale M.S.F. prin stabilirea obiectivelor acesteia in calitate de institutie aflata in coordonarea Ministerului Sanatatii si Familiei conform O.U.G. nr. 150/2002 – pentru proiectarea, implementarea si coordonarea programelor nationale de sanatate;
- elaborarea unor noi metodologii si criterii de acreditare a furnizorilor de servicii medicale, ale dispozitivelor medicale, medicamentelor si materialelor sanitare;
- aprobarea Regulamentului de functionare, a comisiilor de acreditare a furnizorilor de servicii medicale;
- reglementarea, monitorizarea si controlul cu privire la executarea contractelor incheiate intre casele de asigurari ca institutii aflate in subordinea C.N.A.S. potrivit O.U.G. nr. 150/2002, si furnizorii de servicii medicale, atat cei reglementati prin actele normative aparute anterior O.U.G. nr. 150/2002, cat si cei prevazuti prin O.U.G. nr. 150/2002;
- prin raportul de subordonare directa a caselor de asigurari de sanatate fata de C.N.A.S., Casa Nationala de Asigurari de Sanatate controleaza modul in care furnizorii de servicii medicale respecta clauzele contractuale privind serviciile furnizate – inclusiv ingrijirile la domiciliul bolnavului;
- stabilirea conditiilor de diminuare a pachetului de servicii de baza pentru nerespectarea obligatiilor de plata a contributiei la Fondul Unic National de Asigurari de Sanatate;
- urmarirea virarii cotei de contributie stabilita prin O.U.G. pentru cetatenii straini care se asigura facultativ si acordarea pachetului de servicii acestora;
- stabilirea obligatiei angajatorilor cu privire la plata contributiei la Fondul Unic National de Asigurari de Sanatate sub control bancar si a dreptului corelativ al C.N.A.S. si a caselor de asigurari de sanatate, de verificare a documentatiei aferente;
- urmarirea modului de constituire si functionare a organelor de conducere ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si a caselor de asigurari de sanatate, asa cum sunt reglementate prin O.U.G. nr. 150/2002 si stabilirea atributiilor acestora;
- adaptarea structurilor de asigurari de sanatate apartinand ministerelor si institutiilor centrale cu retele sanitare proprii la prevederile OUG nr. 150/2002;
- organizarea concursului pentru ocuparea noilor functii de conducere la casele de asigurari de sanatate - Presedinte- Director General - si stabilirea cerintelor specifice de ocuparea a acestor posturi si criteriile de selectie la concurs;
- stabilirea raportului de munca prin subordonarea directa intre C.N.A.S. –

Presedinte si casele de asigurari de sanatate – Presedinti Directori Generali pe perioada exercitarii mandatului, numirea, sanctionarea si eliberarea din functie a acestora ;

- asigurarea logisticii functionarii unitare si coordonate a sistemului asigurarii sociale de sanatate;
- folosirea mijloacelor adecvate de mediatizare pentru reprezentarea, informarea si sustinerea intereselor asiguratilor pe care ii reprezinta;
- acoperirea potrivit principiilor OUG nr. 150/2002 a nevoilor de servicii de sanatate ale persoanelor, in limita fondurilor disponibile;
- validarea listelor de asigurati pentru medicii de familie pe baza rapoartelor caselor de asigurari de sanatate, a evidentelor si documentelor justificative utilizate;
- asigurarea activitatii de supraveghere si control al serviciilor medicale prin respectarea legislatiei si a dispozitiilor emise de catre Ministerul Sanatatii si Familiei in exercitarea prerogativelor sale, conferite de OUG nr. 151/2002, pentru sistemul de asigurari sociale de sanatate;
- stabilirea sistemului de raspunderi si sanctiuni pentru incalcare dispozitiilor privind organizarea si functionarea sistemului de asigurari sociale de sanatate;
- urmarirea situatiilor de incompatibilitate stabilite prin OUG nr. 150/2002 pentru membrii Consiliului de Administratie a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ai caselor de asigurari de sanatate si pentru personalul angajat al C.N.A.S. si al C.A.S.;
- recuperarea, prin sistemul caselor de asigurari de sanatate, a sumelor reprezentand cheltuieli ocazionate de asistenta medicala acordata, de la persoanele care prin faptele lor aduc prejudicii sau daune sanatatii altor persoane;
- aproba impreuna cu Ministerul Sanatatii, numarul de posturi si structura acestora pe institutii sanitare publice subordonate Ministerului Sanatatii, cu incadrarea i numarul maxim de posturi, structura acestora si a cheltuielilor de personal cf. O.U.G. nr. 48/2003;
- repartizeaza pe case de asigurari de sanatate, impreuna cu Ministerul Sanatatii, sumele privind cheltuielile aferente institutiilor sanitare publice; retine la dispozitia sa o suma repartizand maxim 3% din sumele prevazute la cheltuielile materiale si servicii care se utilizeaza in situatii deosebite, justificate de depasirea indicatorilor medicali contractati;
- exercita controlul cu privire la incheierea de catre casele de asigurari de sanatate, a contractelor de furnizare de servicii medicale cu institutiile sanitare publice, avand in vedere dimensionarea nivelului cheltuielilor si numarul maxim de posturi in structura aprobata, conform OUG nr. 48/2003;
- analizeaza trimestrial, impreuna cu casele de asigurari de sanatate, serviciile medicale prestate si redimensioneaza, dupa caz, sumele initial contractate;
- verifica si controleaza modul in care casele de asigurari de sanatate deconteaza distinct, in cazul donatorilor de organe si tesaturi umane, cheltuielile efectuate de sectiile de anestezie, terapie intensiva, precum si cele efectuate de coordonarea de transplant pe baza de decont, conform Legii 104/2003;
- asigura si urmareste aplicarea dispozitiilor legale privind decontarea contravalorii medicamentelor acordate gratuit si prescrise de medicii de familie aflati in relatii contractuale cu c.a.s., fara plafonare valorica si cantitativa, conform Legii nr. 141/2003;
- urmareste aplicarea de catre c.a.s., a prevederilor modificate, in spiritul noilor reglementari, din Contractul - Cadru privind conditiile acordarii medicamentelor;
- ia masuri pentru organizarea compartimentului de Audit Public Intern conform reglementarilor legale, respectiv Legea nr. 672/2002 si normele metodologice de aplicare;
- asigura prin Ordin al Ministerului Sanatatii si Decizia Presedintelui C.N.A.S., detalierea pe subprograme a programelor de sanatate finantate din bugetul de stat si din bugetul fondului national unic de asigurari sociale de sanatate;

- participa impreuna cu Ministerul Sanatatii si alte institutii si unitati sanitare abilitate la organizarea procedurii de achizitie a medicamentelor si materialelor sanitare specifice;
- in scopul realizarii unor obiective de sanatate impreuna cu Ministerul Sanatatii proiecteaza, implementeaza, finanteaza si coordoneaza programe respectiv subprograme de sanatate asigurand si contabilizand utilizarea fondurilor aprobate pentru derularea programelor de sanatate, monitorizeaza si verifica indicatorii fizici si de eficienta ;
- pentru subprogramele de sanatate finantate din bugetul fondului de asigurari de sanatate, exercita prin casele de asigurari de sanatate controlul raportarii indicatorilor, trimestrial la unitatile prestatoare de servicii medicale care deruleaza aceste subprograme ;
- elaboreaza norme metodologice privind finantarea raportarea si controlul indicatorilor specifici prevazuti in programele respectiv subprogramele de sanatate care se aproba prin Ordin al Ministerului Sanatatii si Decizie a Presedintelui C.N.A.S.;
- C.N.A.S. evalueaza numarul de bolnavi tratati in cadrul programelor respectiv subprogramelor de sanatate corespunzator sumelor aprobate pentru achizitionarea medicamentelor si materialelor sanitare medicale;
- CAS raporteaza lunar Casei Nationale de Asigurari de Sanatate numarul de bolnavi tratatii in cadrul programelor respectiv subprogramelor de sanatate pe baza evidentei tehnico-operative elaborate la nivelul unitatilor sanitare si ambulatorii prin care se deruleaza aceste programe ;
- CAS aloca lunar sumele necesare derularii programelor, respectiv subprogramelor de sanatate din fondurile pentru cheltuieli materiale si prestari servicii materiale din bugetul acestora sub controlul C.N.A.S.;
- CAS urmaresc atribuirea, controlul si utilizarea fondurilor pentru finantarea programelor, respectiv subprogramelor de sanatate, monitorizeaza, analizeaza si controleaza indicatorii de eficienta raportati de unitatile sanitare si ambulatorii prin care se deruleaza programele;
- asigura aplicarea unitara a modalitatilor de acordare a asistentei medicale cetatenilor statelor cu care Romania a incheiat acorduri sub controlul C.N.A.S.;
- verifica pentru fiecare caz de tratament al cetatenilor romani in strainatate, deconturile primite de la organismele de legatura din strainatate;
- solicita organismelor de legatura ale statelor ai caror cetateni au beneficiat de asistenta medicala pe teritoriu Romaniei in baza acordurilor, decontarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale acordate conform prevederilor fiecarui acord;
- desemneaza un reprezentant in Comisia Nationala de Acreditare a Spitalelor, conform Legii nr. 270/2003 privind legea spitalelor
- solicita Comisiei Nationale de Acreditare a Spitalelor ca, prin structurile de specialitate ale acestuia, sa efectueze reevaluarea unitatilor spitalicesti;
- solicita caselor de asigurari de sanatate informatiile medicale furnizate de spital ce au stat la baza contractelor de furnizare de servicii medicale.

2. Ministerul Sanatatii – rol, atributii(*);

Poarta responsabilitatea politicii nationale sanitare si a sanatatii publice. O.U.G 150/2002 privind organizarea si functionarea sistemului de asigurari sociale de sanatate, stipuleaza implicarea Ministerului Sanatatii in procesul planificarii bugetare pentru sistemul de asigurari de sanatate prin coordonarea Casei Nationale de Asigurari de Sanatate de catre Ministerul Sanatatii si stabileste pentru Ministerul Sanatatii trecerea de la un rol operational la un rol axat pe formulare de politici .

Rol de conducere pentru:

- politici
- legislatie
- reglementari
- evaluare
- monitorizare

➤ Atributiile Ministerului Sanatatii conform OUG nr. 150/2002 privind organizarea si functionarea sistemului de asigurari sociale de sanatate si HG nr. 743/2003 privind organizarea si functionarea Ministerului Sanatatii, sunt:

- Ministerul Sanatatii aplica strategia si politica Guvernului in domeniul asigurarii sanatatii populatiei si raspunde de realizarea reformei in sectorul sanitar;
- Ministerul Sanatatii organizeaza, coordoneaza, indruma activitatile pentru asigurarea sanatatii populatiei si actioneaza pentru prevenirea si combaterea practicilor care dauneaza sanatatii.;
- organizeaza, coordoneaza si controleaza, dupa caz, activitati de: asistenta de sanatate publica, promovarea sanatatii si medicinei preventive, asistenta de urgenta, curativa, de recuperare medicala, asistenta medicala la domiciliu, care se acorda prin unitatile sanitare publice sau private, precum si asistenta de medicina legala si de medicina sportiva;
- stabileste principalele obiective pe termen scurt, mediu si lung in domeniul sanatatii populatiei si al reformei in sectorul sanitar;
- asigura supravegherea si controlul aplicarii legislatiei de catre institutiile si organismele care au responsabilitati in domeniul sanatatii publice, al asigurarilor sociale de sanatate si de catre unitatile sanitare din sectorul privat de asistenta medicala, colaborand in acest scop cu Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, Colegiul Medicilor din Romania, Colegiul Farmacistilor din Romania, Ordinul Asistentilor Medicali din Romania, autoritatile publice locale si cu alte institutii abilitate;
- asigura realizarea programelor nationale de sanatate publica; aproba si stabileste modul de finantare a acestora;
- aproba, prin ordin al ministrului sanatatii, normele tehnice in domeniul asistentei de sanatate publica;
- aproba, prin ordin al ministrului sanatatii, normele tehnice de organizare si functionare a unitatilor care asigura asistenta de sanatate publica;
- elaboreaza norme privind organizarea si functionarea inspectiei sanitare de stat si imputerniceste personalul sanitar care efectueaza inspectia sanitara de stat;
- organizeaza acreditarea unitatilor sanitare din sistemul public si privat, care presteaza servicii medicale pentru autoritatile din domeniul asistentei de sanatate publica; avizeaza Regulamentul de organizare si functionare a Comisiei nationale de acreditare a spitalelor din sistemul public si privat;
- organizeaza sistemul informational din domeniul asistentei de sanatate publica si modul de raportare a datelor de catre unitatile sanitare, pentru evaluarea starii de sanatate a populatiei; analizeaza si evalueaza periodic indicatorii starii de sanatate a populatiei si criteriile de performanta a unitatilor sanitare;
- organizeaza sistemul informatic al activitatii de ocrotire a sanatatii populatiei;
- prezinta rapoarte periodice pentru informarea Guvernului privind starea de sanatate a populatiei;
- fundamenteaza necesarul de resurse financiare pentru asigurarea asistentei de sanatate a populatiei;
- indruma si controleaza modul de aplicare a normelor de igiena si sanitar-antiepidemice in mediul de viata al populatiei si la locul de munca;

- stabileste si urmareste, impreuna cu organele competente, folosirea energiei nucleare in scopuri medicale;
- organizeaza, coordoneaza si controleaza, dupa caz, activitatea unitatilor de ocrotire si asistenta medicala a mamei si copilului, asistenta medicala de urgenta si asistenta medicala la locul de munca;
- colaboreaza cu Ministerul Muncii, Solidaritatii Sociale si Familiei, cu Ministerul Administratiei si Internelor si cu consiliile judetene sau locale, dupa caz, in domeniul coordonarii metodologice a activitatii institutiilor specializate care asigura servicii de asistenta medico-sociala;
- coordoneaza si controleaza activitatea de asistenta medicala in statiunile balneare, climatice si balneoclimatice;
- elibereaza autorizatia de functionare din punct de vedere medico-balnear si al valorificarii terapeutice a factorilor sanogeni, naturali, pentru unitatile medico-balneare si de recuperare;
- avizeaza sau, dupa caz, elaboreaza si propune spre aprobare Guvernului Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului asigurarilor sociale de sanatate, elaborat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate cu consultarea asociatiilor profesionale din domeniu si a ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie;
- elaboreaza anual impreuna cu Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, cu consultarea Colegiului Farmacistilor din Romania, lista medicamentelor de care beneficiaza asiguratii cu sau fara contributie personala;
- emite avize si autorizatii sanitare de functionare, abilitari si acorduri scrise pentru importul deseurilor si reziduurilor de orice natura, precum si al altor marfuri periculoase pentru sanatatea populatiei si mediul inconjurator, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;
- aproba tarife pentru actele pe care este abilitat sa le elibereze in conformitate cu prevederile legale in vigoare;
- emite reglementari privind regimul substantelor stupefiante si toxice, precum si autorizatii pentru culturile de mac;
- emite autorizatii de functionare si norme tehnice pentru organizarea si functionarea unitatilor farmaceutice publice si private, indruma si controleaza activitatea in reseaua farmaceutica;
- aproba pretul produselor medicamentoase din tara si din import; emite reglementari privind termenii, conditiile, modul de calculare si de avizare a preturilor produselor medicamentoase si limitele de profit;
- autorizeaza furnizorii de dispozitive medicale si asigura certificarea si inspectia aparaturii si echipamentelor medicale;
- stabileste, creeaza si pastreaza capacitati si rezerve de mobilizare in domeniul ocrotirii sanatatii;
- constituie, pentru situatii speciale cu implicatii asupra sanatatii publice, rezerva de medicamente, seruri, vaccinuri, dezinfectante, insecticide si alte materiale specifice si aproba, prin ordin al ministrului sanatatii, normele metodologice de constituire, pastrare si utilizare a rezervei;
- elaboreaza si organizeaza impreuna cu Academia de Stiinte Medicale Bucuresti strategia activitatii de cercetare stiintifica medicala si asigura resursele materiale si financiare pentru buna functionare a acestei activitati;
- elaboreaza sau, dupa caz, avizeaza proiecte de acte normative din domeniul sau de activitate, armonizate cu reglementarile Uniunii Europene; urmareste si raspunde de aplicarea prevederilor specifice din Acordul european instituind o asociere intre Romania, pe de o parte, si Comunitatile Europene si statele membre ale acestora, pe de

alta parte, semnat la Bruxelles la 1 februarie 1993, si din Strategia nationala de pregatire pentru aderarea Romaniei la Uniunea Europeana;

- initiaza, negociaza si incheie, prin imputernicirea Guvernului, documente de cooperare internationala in domeniul ocrotirii sanatatii si reprezinta statul roman in relatiile cu organisme internationale din domeniul sanatatii publice;
- sprijina informarea si documentarea personalului sanitar in probleme de specialitate, precum si organizarea manifestarilor stiintifice;
- aproba, prin ordin al ministrului sanatatii, metodologia privind angajarea, transferarea si detasarea medicilor, farmacistilor, biochimistilor, biologilor si chimistilor, precum si a altui personal cu studii superioare din unitatile sanitare publice;
- asigura, potrivit legii, numirea, transferarea, detasarea, promovarea, eliberarea si evidenta personalului propriu si emite norme privind personalul din unitatile subordonate;
- aproba, prin ordin al ministrului sanatatii, Nomenclatorul de specialitati medicale si farmaceutice si Normele cu privire la specialitatile medico-sanitare si paramedicale, supraspecializarile si competentele pentru reseaua de asistenta medicala;
- stabileste criteriile pentru angajarea si promovarea personalului de specialitate medico-sanitar din unitatile sanitare;
- organizeaza, in conditiile legii, concursuri si examene pentru obtinerea specialitatii si promovarea in grade profesionale pentru medici, farmacisti, biologi, chimisti si biochimisti si pentru asistentii medicali din reseaua Ministerului Sanatatii si a ministerelor cu retea sanitara proprie;
- organizeaza concursuri pentru ocuparea posturilor vacante de medici, farmacisti, chimisti, biologi si biochimisti din unitatile aflate in reseaua Ministerului Sanatatii;
- stabileste anual numarul optim pe tara de medici rezidenti si specialisti;
- elaboreaza strategiile si organizeaza activitatea privind formarea, pregatirea si perfectionarea profesionala a personalului medico-sanitar, instruirea, evaluarea profesionala si certificarea programelor de educatie medicala continua; elaboreaza criterii pentru desfasurarea activitatii de invatamant;
- elaboreaza metodologia de colaborare intre spitale si institutii de invatamant superior medical;
- aproba structura organizatorica, normele de organizare si functionare, precum si procedurile de incadrare a personalului unitatilor publice din subordinea sa, in conditiile legii;
- avizeaza structura organizatorica a unitatilor sanitare din subordinea ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie;
- avizeaza infiintarea sau desfiintarea unitatilor sanitare private, reorganizarea, modificarea structurii, sediului, precum si denumirea pentru acestea;
- avizeaza functionarea si supravegheaza activitatea tuturor formelor de prestare a serviciilor medicale private pe intreg teritoriul tarii, conform dispozitiilor legale;
- initiaza hotarari ale Guvernului pentru infiintarea sau desfiintarea spitalelor publice;
- aproba reorganizarea, schimbarea sediului si denumirii unitatilor sanitare publice;
- elaboreaza norme pentru asigurarea conditiilor de cazare, igiena, alimentatie si de prevenire a infectiilor nozocomiale pentru unitatile sanitare;
- elaboreaza si supune spre aprobare Guvernului planul national de paturi;
- elaboreaza normativele de personal care se aproba prin ordin al ministrului sanatatii, in conditiile legii;
- infiinteaza sau desfiinteaza, in conditiile legii, filiale ale institutelor din domeniul asistentei de sanatate publica de interes national sau local;
- avizeaza si aproba, dupa caz, proiectarea si realizarea investitiilor in domeniul sanitar in unitatile din subordinea sa;
- avizeaza activitatile bazate pe libera initiativa in domeniul sanitar si farmaceutic si vegheaza asupra climatului de concurenta loiala;

- negociaza, contracteaza in sistem direct si asigura plata din bugetul de stat pentru efectuarea de studii, activitati si lucrari aferente programelor / subprogramelor de sanatate de catre institutii de cercetare-dezvoltare din coordonarea sa;
- indeplineste activitati de audit public intern in conformitate cu prevederile legale in vigoare;
- controleaza aplicarea de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate a politicilor si programelor in domeniul sanitar, elaborate de Ministerul Sanatatii;
- aplica masurile corespunzatoare in unitatile sanitare in situatiile in care se constata de catre organele abilitate nerespectarea prevederilor legale;
- elaboreaza norme metodologice pentru proiectarea bugetului de venituri si cheltuieli de catre unitatile sanitare publice;
- avizeaza bugetele de venituri si cheltuieli ale unitatilor de interes national finantate integral din venituri proprii;
- exercita drepturile si obligatiile statului, ca actionar la societatile comerciale si companiile nationale din portofoliul sau, pana la finalizarea procesului de privatizare;
- asigura aplicarea strategiei Guvernului privind realizarea procesului de restructurare si privatizare a societatilor comerciale si/sau companiilor nationale; realizeaza controlul postprivatizare al indeplinirii clauzelor din contractele de vanzare-cumparare de actiuni;
- colaboreaza cu Autoritatea pentru Privatizare si Administrarea Participatiilor Statului la fundamentarea politicilor si la elaborarea proiectelor de acte normative in domeniul privatizarii si restructurarii;
- elaboreaza si promoveaza, cu respectarea cadrului specific, proceduri de vanzare de actiuni, de vanzare de active si alte proceduri ori instructiuni privind domeniul sau de activitate;
- elaboreaza elementele contractului de mandat ce se incheie cu agentii de privatizare in vederea vanzarii participatiilor statului la societatile comerciale si/sau companiile nationale din portofoliul sau;
- aproba modelul contractului de administrare a unitatilor sanitare, pe baza de indicatori de performanta;
- indeplineste orice alte atributii care decurg din dispozitiile legale aplicabile institutiilor publice implicate in procesul de privatizare sau in legatura cu exercitarea calitatii de actionar a statului la societatile si/sau companiile nationale aflate in portofoliul sau;
- editeaza publicatii de specialitate si de informare specifice;
- asigura, raspunde, coordoneaza si controleaza, dupa caz, organizarea activitatii de asistenta medicala - primara, secundara si terciara -, asistenta de urgenta, curativa, de recuperare medicala, asistenta medicala la domiciliu care se acorda prin unitatile sanitare publice si private;
 - stabileste principalele obiective de etapa pe termen mediu si lung in domeniul sanatatii populatiei si al reformei in sistemul sanitar;
 - asigura supravegherea si controlul respectarii legislatiei de catre toate unitatile publice si private care au responsabilitati in domeniul sanatatii publice, de personalul din sistemul sanitar, inclusiv de catre sistemele de asigurari sociale si private, colaborand in acest scop cu CNAS, CMR, CFR si OAMR, cu autoritatile publice locale si cu alte institutii abilitate;
 - aplica masurile corespunzatoare in situatiile in care se constata de catre organele abilitate nerespectarea prevederilor legale.

3.Colegiul Medicilor din Romania – rol, atributii (*)

Are in domeniul asigurarii sociale de sanatate urmatoarele atributii si responsabilitati:

- elaboreaza criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguratilor si participa la controlul respectarii acestora;
- elaboreaza ghiduri si protocoale de practica medicala;
- elaboreaza criteriile privind calitatea asistentei stomatologice acordate asiguratilor si urmareste respectarea acestora;
- participa la acreditarea personalului medical;

Are ca principal obiect de activitate apararea, controlul si supravegherea exercitarii profesiei de medic, aplicarea legilor si regulamentelor care organizeaza si reglementeaza exercitiul profesiei.

- participa, potrivit art.34 din L.74/1995, la elaborarea programelor de sanatate si a actelor normative care reglementeaza domeniul medical si realizeaza atributiile conferite de L.74/1995 si alte legi speciale;

Ca organizatie profesionala Colegiul Medicilor din Romania apara demnitatea si promoveaza drepturile si interesele membrilor sai in toate sferile de activitate, apara onoarea, libertatea si independenta profesionala a medicului in exercitarea profesiei, asigura respectarea de catre medici a obligatiilor ce le revin fata de bolnav si de sanatatea publica.

Colegiul Medicilor din Romania reprezinta interesele profesiei de medic si actioneaza prin toate mijloacele conferite de lege pentru dezvoltarea acesteia si pentru ridicarea prestigiului ei in cadrul vietii sociale.

Colegiul Medicilor din Romania, prin organismele sale, este reprezentant al corpului medical din Romania in relatiile cu autoritatile si institutiile guvernamentale si neguvernamentale, interne si internationale.

Pentru indeplinirea atributiilor si obiectivelor conferite de lege si Regulament de Functionare, organele reprezentative al Colegiului Medicilor din Romania pot intra in relatii cu diferite organisme similare din alte state. La nivel teritorial aceste atributii sunt exercitate de consiliile judetene si cel al Municipiului Bucuresti, conform principiului descentralizarii si subsidiaritatii.

Colegiul Medicilor din Romania isi exercita atributele de autoritate publica si profesionala, conferite de lege, in patru domenii principale de activitate:

- a) profesional;
- b) jurisdictie profesionala si litigii;
- c) economic-social;
- d) administrativ - organizatoric

- apara demnitatea si promoveaza drepturile si interesele membrilor sai in toate sferile de activitate; apara onoarea, libertatea si independenta profesionala a medicului in exercitarea profesiei, asigura respectarea de catre medici a obligatiilor ce le revin fata de bolnav si de sanatatea publica;
- asigura aplicarea legilor si regulamentelor care organizeaza si reglementeaza exercitiul profesiei;
- elaboreaza, adopta si supravegheaza respectarea Codului de deontologie medicala;
- avizeaza eliberarea autorizatiei de libera practica medicala;

- sustine activitatea si dezvoltarea cercetarii stiintifice medicale si organizeaza manifestari stiintifice;
- reprezinta pe membrii sai in relatiile cu asociatii stiintifice si cu sindicatele;
- colaboreaza cu Ministerul Sanatatii la formarea, specializarea si perfectionarea pregatirii profesionale a medicilor;
- elaboreaza, in colaborare cu Ministerul Sanatatii, metodologia de acordare a gradului profesional si tematica de concurs;
- actioneaza, alaturi de institutiile sanitare centrale si teritoriale, ca in unitatile medicale publice si particulare (cabinete, policlinici, spitale) sa fie asigurata calitatea actului medical;
- organizeaza judecarea cazurilor de abateri de la normele de etica profesionala si de deontologie medicala, in calitate de organ de jurisdicție profesionala;
- sprijina institutiile si actiunile de prevenire si asistenta medico-sociala pentru medici si familiile lor;
- promoveaza relatiile pe plan extern cu organizatii si formatiuni similare;
- in cadrul Colegiului Medicilor din Romania functioneaza comisii care reprezinta specialitatile medicale;
- in cadrul Colegiului Medicilor din Romania functioneaza o comisie care reprezinta medicii care lucreaza in sistemul de asigurari de sanatate;
- avizeaza autorizarea de instalare a cabinetelor medicale particulare si se pronunta in legatura cu demersurile intreprinse in vederea interzicerii instalarii si functionarii acestora, tinand seama de exercitarea activitatii medicale in concordanta cu competenta profesionala a medicului, de dotarea tehnica, precum si de respectarea normelor de igiena;
- avizeaza licentele de inlocuire temporara sau definitiva.

Consiliul National al Colegiului Medicilor din Romania este consultat de catre Ministerul Sanatatii in elaborarea programelor de sanatate si a actelor normative. Atributiile Colegiului Medicilor din Romania nu pot fi exercitate de nici o alta asociatie profesionala medicala.

Alti actori ai sistemului de sanatate

4. **Ministerul Finantelor Publice**, cu rol de sinteza in desfasurarea activitatii structurilor economice, financiare si fiscale din Romania; are rol de constituire si gestionare generala a resurselor financiare publice printr-un sistem complex de bugete, printre care si bugetul fondului national unic de asigurari sociale de sanatate .

5. **Administratia locala si regionala** , reprezentata de consilii locale si prefecturi.

6. **Alte ministere** cu competente legate de domeniul sanitar: ex:Ministerul Muncii si Solidaritatii Sociale (care poseda competenta –cheie in ceea ce privesc aspectele sociale - somaj - si in ce privesc persoanele non-salariate, fara pensii sau alte venituri. Un raport final – Proiect Phare al Comisiei Europene precizeaza ca, datorita interventiei Ministerului Finantelor Publice in aprobarea bugetului asigurarilor sociale de sanatate propus de C.N.A.S si aprobat de Parlament, aproximativ 80% din contributiile colectate sunt rambursate de la Ministerul Finantelor Publice, iar cei 20% ramasi nu sunt disponibili pentru sistemul sanitar. Ca o consecinta, a crescut nivelul datoriiilor furnizorilor de servicii medicale, in special ale spitalelor. Astfel din *analiza rolurilor si actiunilor partenerilor sistemului de sanatate* se pot desprinde unele concluzii de actualitate pe care le putem prezenta succinct, intr-o analiza critica.

POLITICI DE SANATATE IN CADRUL UNIUNII EUROPENE

Pentru fiecare individ, ca și pentru întreaga colectivitate, sănătatea reprezintă unul din cei mai importanți factori care asigură desfășurarea vieții și activității.

Ocrotirea sănătății nu este numai o problemă de asistență medicală, ci și o problemă cu un profund caracter social, făcând parte integrantă din ansamblul condițiilor social-economice de dezvoltare.

Politica sanitară este parte integrantă a politicii sociale și pentru îndeplinirea ei, în numeroase țări ale lumii, se cheltuiesc resurse financiare importante.

Cheltuielile pentru sănătate prezintă o tendință de creștere datorită unor factori, cum sunt :

-amplificarea nevoilor de ocrotire a sănătății ca efect al creșterii numărului populației și modificării structurale ;

-accentuarea factorilor de risc ;

-creșterea costului prestațiilor medicale atât ca urmare a introducerii în practica medicală a unor noi mijloace de investigație, tratament, cât și o sporire a numărului cadrelor medicale.

Principala consecință a politicilor sociale dezvoltate de către stat este *protecția socială a populației*. Protecția socială nu este însă realizată exclusiv prin intermediul politicilor sociale, ea este o consecință a efortului conjugat a mai multor factori : piața muncii, economia, sectorul ne-guvernamental.

Bugetul de stat și bugetele locale sunt principalele resurse de care dispune statul și autoritățile locale pentru a finanța politicile în domeniul public.

Bugetul de stat și bugetele locale se constituie prin colectarea de taxe și impozite. Alte resurse ale statului sunt fondurile sociale, constituite prin intermediul unor contribuții speciale și având o destinație specifică.

O altă categorie de venituri ale statului sunt cotizațiile sociale (contribuții la diferitele Fonduri Sociale): Fondul de asigurări sociale, Fondul de șomaj, Fondul de Asigurări sociale de sănătate, Fondul Special de Solidaritate Socială etc.

Statul intervine pentru a da curs politicilor sale sociale în diverse forme.

Statul intervine prin acordarea de:

(a) Beneficii sau transferuri sociale:

- transferuri monetare
- transferuri în bunuri sau 'în natură'

(b) Servicii sociale (servicii educaționale, servicii de sănătate, servicii acordate unor categorii sau grupuri sociale considerate a fi vulnerabile)

(c) Gratuități – prin producerea unor servicii sau plata integrală a celui ce le produce

(d) Subvenții :celor care produc anumite servicii sau pentru cumpărător

(e) Scutiri de taxe și impozite

◆ *Beneficiile (transferuri) și serviciile sociale pot fi:*

(1) De tip contributoriu sau asiguratoriu: Acordarea beneficiilor este condiționată de plata unei contribuții, obligatorie pentru toți cei ce au venituri din muncă: pensiile (de vârstă, de invaliditate, de boală), plata concediului de maternitate, ajutorul de șomaj, serviciile de sănătate în România.

Cele mai importante categorii de servicii sociale sunt:

în domeniul educațional: școlarizarea gratuită sau suvenționată a copiilor până la o anumită vârstă

în domeniul sănătății: serviciile pot fi gratuite sau de tip asiguratoriu. Pentru cele de tip asiguratoriu serviciile oferite pot reflecta nu numai nevoia individului dar și nivelul contribuției

1. Sisteme asiguratorii – considerații teoretice

Motivul principal pentru care se asigura oamenii este acela ca orice individ rațional tinde să își minimizeze riscurile în mod voluntar atâta timp cât valoarea siguranței sale este mai mare decât costurile nete de asigurare a riscurilor.

Statul impune obligativitatea contribuției la un sistem de asigurări național datorita faptului ca adesea există o serie de *externalități* pentru societate asociate deciziei de ne-asigurare.

Statul furnizeaza el insusi asigurarea in anumite conditii. De exemplu, în cazul asigurărilor obligatorii de răspundere civilă pentru deținătorii de autoturisme, statul impune obligativitatea asigurării dar nu produce, organizează el însuși sistemul de asigurare. De ce în cazul sistemelor de asigurări sociale se întâmplă acest lucru?

Pentru a exista și a fi eficientă o asigurare pe piața privată este necesar să fie îndeplinite câteva condiții:

Probabilitatea de apariție a evenimentului asigurat trebuie să fie:

- **independentă în populație** – i.e. probabilitatea de apariție a unui eveniment pentru un individ nu este influențată de probabilitatea de apariție a aceluiași eveniment pentru alt individ
- **mai mică de unu** – apariția unui anumit eveniment (cel asigurat) este probabilă, dar nu se constituie ca certitudine pentru nici un segment de populație (ca de exemplu șomajul în cazul anumitor ramuri industriale restructurate, cum ar fi minieritul în România)
- **cunoscută sau estimabilă** – probabilitatea de apariție a unui risc să poată fi calculată în baza unor date și indicatori generali, de tipul ratei de dependență demografică, ratei de mortalitate, ratei de morbiditate etc.
- **cunoscută în aceeași măsură tuturor celor implicați** – informația necesară calculului probabilității de apariție a unui eveniment să fie cunoscută asiguratului, accesibilă asiguratorului și costurile de colectare a acestei informații să fie fezabile pentru asigurator
- **exogenă** – probabilitatea de apariție a unui eveniment pentru un individ să nu depindă de comportamentul respectivului individ, deci să nu poată fi influențată de acesta

Toate aceste condiții, dacă sunt îndeplinite, probabilitatea de apariție a evenimentului poate fi estimată în baza unui *calcul actuarial*. În aceste condiții asigurarea evenimentului se poate realiza pe piața privată. În caz contrar, statul trebuie să preia organizarea unui sistem de asigurări pentru respectivul eveniment.

Asigurările de sănătate impun costuri foarte ridicate pentru estimarea probabilităților individuale de apariție a diferitelor boli cât și pentru colectarea și controlul informației relevante, necesare acestui calcul. Ca urmare, asigurările de sănătate apar mai puțin frecvent pe piața privată. Cel mai frecvent acest tip de asigurare privată se regăsește în sistemul american, în care numărul și densitatea firmelor private de asigurări pentru o serie largă de evenimente (de la asigurări de

viață, mașină, locuință, geamuri până la asigurări împotriva diferitelor erori profesionale) este foarte mare, preluând o serie de costuri asociate serviciilor de sănătate.

Asigurările sociale, spre deosebire de cele private (bazate pe contribuții actuariale, deci în baza unui calcul al probabilității de apariție a unui eveniment), redistribuie costurile, adesea către cei pentru care aceste costuri sunt mai ușor de suportat. Acest fapt se realizează prin impunerea unei contribuții proporționale cu veniturile. Plata deci se face în funcție de posibilități. Beneficiile sunt distribuite în funcție de nevoi.

Redistribuirea nu se realizează de la cei bogați către cei mai săraci, ci mai degrabă de la cei mai norocoși către cei mai puțin norocoși.

Modul în care sunt calculate beneficiile și nivelul acestora în cazul apariției evenimentului asigurat are consecințe puternice asupra structurii distribuției bunăstării într-o societate:

- În cazul sistemelor de asigurări de sănătate, tipul beneficiului și mărimea sa depinde de nevoia particulară a individului, având un caracter puternic personalizat. Indiferent de mărimea contribuției mele, beneficiul pe care îl voi obține, sub forma tratamentului medical, este același și este determinat de tipul de afecțiune și nevoile mele de sănătate

De-a lungul istoriei s-au remarcat mai multe tipuri de sisteme de asigurări sociale. Cele mai importante sunt: sistemul de asigurări sociale de tip Bismarck, sistemul de asigurări sociale de tip Beveridge, sistemele asigurătorii în flux continuu (Pay-as-You-Go) și sistemele asigurătorii cu capitalizare de fonduri. Pentru a putea distinge caracteristicile specifice ale sistemelor de asigurări mai sus enumerate le putem analiza grupându-le astfel :

a. Sistemul de asigurări sociale de tip Bismarck versus sistemul de asigurări sociale de tip Beveridge

Sistemul de asigurări de tip Bismarck, a preluat denumirea după numele lui Otto von Bismarck, cancelar al celui de-al doilea Reich. Acesta a introdus, pentru prima oară în Europa, un sistem legal de asigurări sociale. Cancelarul este considerat creatorul primului stat modern german prin reformele instituționale-organizatorice inițiate ca replică la problemele datorate procesului de industrializare în Europa.

Protecția socială în Europa, devine la sfârșitul secolului al 18-lea, ca urmare a unei recesiuni economice puternice, într-o oarecare măsură o problemă de interes pentru stat, înainte ea fiind limitată la o formă mai degrabă rudimentară de asistență socială ocazională bazată pe caritate și voluntariat. Implicarea statului însă s-a redus în mai toate țările europene la subvenționarea, respectiv sprijinul inițiativelor private, caritabile, fără a se materializa într-un suport comprehensiv și sistematic. În 1881 Bismarck introduce pentru prima oară un sistem de asigurări sociale de stat obligatoriu, adăugând la acesta în 1883 plățile pentru cazuri de boală, în 1884 asigurările împotriva accidentelor de muncă și în 1889 o schemă comprehensivă de pensii de vârstă și invaliditate. Cea mai importantă observație pentru acest sistem este aceea că are caracter obligatoriu, asociat contractelor de muncă. Sistemul este suportat de către trei părți: angajator, angajat și stat. Administrarea sistemului s-a realizat inițial prin intermediul unor structuri teritoriale, 'case de ajutor', conduse în regim tripartit. Acest prim sistem de asigurări sociale acoperea categoria relativ redusă de populație, adresându-se în special muncitorilor stabili din fabrici.

Sistemul bismarckian de asigurări are și o importanță istorică deosebită, fiind prima inițiativă anti-liberală la nivel statal în Europa. Pentru Bismarck asigurările sociale jucau rolul de 'posturi de cruce roșie în spatele frontului capitalist'. Acest sistem poartă în mare măsură amprenta autoritarist-paternalistă a convingerilor sale.

Adoptarea acestui sistem nu a fost motivată de principiul solidarității sociale, ci mai degrabă rațiuni de ordin politic. Scopul lui Bismarck a fost, în primul rând, menținerea diferențelor de clasă, fără explozii sociale, și legarea loialității indivizilor de o formă politică autoritară: monarhia.

Accesul la servicii de sănătate trebuie măsurat ținându-se cont de dorința individului de a merge la medic, de natura/ frecvența nevoii de consultație, de costurile și limitările frecventării serviciilor de sănătate (distanța până la medic, timpul de așteptare, orarul medicului, percepția asupra necesității acordării unor cadouri etc.).

Europa occidentală a preluat apoi sistemul bismarckian, acesta devenind modelul alternativ la sistemul de asigurări beveridgean sau anglo-saxon, sistem caracterizat de beneficii relativ reduse și fixe, finanțate din bugetul de stat, din taxe și impozite generale, reprezentând un nivel minim de protecție combinat adesea cu sisteme de asigurări private.

Lordul Beveridge publică în 1942 un raport asupra stării societății britanice, în care propune adoptarea unui sistem de pensii plătite din impozitele și taxele generale, de la bugetul de stat, având un nivel constant pentru toți beneficiarii.

În sistemul beveridgean actorii sociali semnificativi – sindicate, patronat – nu sunt implicați în structurarea și nici administrarea sistemului. Sistemul continental reprezintă o protecție comprehensivă, adesea nedublată de sisteme private, cu beneficii proporționale cu contribuția, respectiv veniturile.

Pentru a observa mai bine diferențele dintre cele două sisteme de asigurare în tabelul de mai jos au fost grupate principalele lor caracteristici :

	Asigurări sociale de tip Bismarck	Asigurări sociale de tip Beveridge
Sursa de finanțare	Fondul de Asigurări sociale – contribuțiile indivizilor se constituie într-un fond distinct	Bugetul de stat – finanțarea se realizează din taxele și impozitele generale
Administrarea a fondului destinat asigurărilor sociale	Fondul este administrat cel mai frecvent în regim tripartit: statul, contribuabilii și beneficiarii, prin reprezentanți ai unor asociații a acestora Șomaj: stat- sindicate-patronat Pensii: Stat- pensionari- angajatori Sănătate: stat-medici-sindicate	Administrarea se face exclusiv de către stat
Nivelul beneficiilor	Beneficiile sunt corelate cu veniturile, respectiv nivelul contribuției	Beneficiile sunt constante, și relativ scăzute ca nivel
Importanța asigurărilor private	Scăzută	Mare

b. Sisteme asiguratorii în flux continuu (*Pay-as-You-Go*) versus sisteme asiguratorii cu capitalizarea fondurilor

Sisteme cu capitalizare de fonduri : contribuțiile sunt investite în diferite activități economice aducătoare de profit

Principalul avantaj al acestor sisteme este acela ca acestea nu depind de rata de dependență, și nici de evoluția demografică; aceste fonduri vor avea întotdeauna bani pentru a plăti pensiile.

Aceste sisteme au însă și dezavantaje și anume nu pot face față inflației neanticipate post-pensionare, iar indexarea beneficiului în raport cu o inflație neașteptată devine aproape imposibil, ceea ce duce la scăderea veniturilor reale din pensie

Sisteme în regim Pay-As-You-Go (excepții: sistemul diferențial, de pensii asociate cu contribuția, în Suedia și Japonia): acest sistem presupune plata pensiilor din banii plătiți de contribuabili, respectiv salariați

Aceste sisteme au avantajul ca protejează pensiile de inflație, pot crește pensiile ca valoare reală în linie cu creșterea economică iar criteriile de eligibilitate pentru o pensie integrală pot fi oricând modificate, ajustate astfel încât să ajusteze beneficiul la situația economică prezentă

Principala problema a acestor sisteme o reprezintă puternica legatură de rata de dependență precum și faptul că poate intra în incapacitate de plată.

2. Beneficii non-contributorii

Beneficiile non-contributorii sunt acele beneficii sociale, monetare, în natură sau sub formă de servicii, necondiționate de plata prealabilă a unei contribuții de către individ. Astfel de beneficii sunt finanțate în general din taxele și impozitele generale.

Din categoria beneficii non-contributorii fac parte beneficiile sau *serviciile universalist-categoriale*, de tipul serviciilor educaționale, alocației pentru copii, sau alocației pentru familii cu mai mulți copii, dar și *beneficiile selective*, acordate pe baza unui test aplicat mijloacelor de trai ale individului sau familiei.

Principiile alocative la baza acestor două categorii de beneficii non-contributorii sunt diferite, la fel și impactul lor redistributiv. *Beneficiile universalist-categoriale* beneficiază de un proces alocativ în baza unor criterii categoriale, fiind instituite ca drepturi sociale, în baza unui sentiment de solidaritate socială, în timp ce *beneficiilor selective* le este asociat un principiu alocativ de tip discreționar, iar eligibilitatea acordării acestora este conferită în baza unui test al nevoii, în sensul mijloacelor de trai.

Dacă *beneficiile universalist-categoriale* sunt asociate unei redistribuții preponderent intrapersonale, redistribuția prin intermediul *beneficiilor selective* are un caracter eminentemente progresiv, interpersonal.

Legitimitatea beneficii non-contributorii este esențială, cât timp acestea sunt susținute din taxele și impozitele generale.

3. Beneficii universalist-categoriale

Beneficii universalist-categoriale sunt beneficii sociale de tip non-contributoriu, acordate în funcție de criteriul apartenenței la o anumită categorie, la limită oricărui individ în baza drepturilor sale de cetățean. În acest caz limită se poate vorbi de beneficiu universalist. Acestea sunt mai rare, și ele vizează mai degrabă anumite servicii sociale, ca de exemplu serviciile medicale (dacă acestea nu se acordă în baza unui sistem de asigurări, ci sunt gratuite și finanțate din taxele și impozitele generale) și educația. În România exemple de astfel de beneficii sunt alocația pentru copii (acordată tuturor copiilor indiferent de familia de proveniență), alocația suplimentară pentru familii cu mulți copii (acordată tuturor familiilor indiferent de veniturile acestora). Nivelul acestor beneficii este același pentru toți beneficiarii.

Beneficii universalist-categoriale se constituie mai degrabă ca o reflecție a unui drept social și nu a unui ajutor acordat celor considerați a fi în nevoie, și deci dependenți sociali, ca în cazul beneficiilor sociale selective. Beneficiile universalist-categoriale au ca obiectiv principal creșterea solidarității sociale, desființarea graniței între ‘avantajați’ și ‘dezavantajați’, între cei ce au și cei ce nu au nevoie. Această delimitare între ‘noi’ și ‘ei’, caracteristică beneficiilor sociale selective, este asociată de un proces de stigmatizare a celor ajutați.

Universalismul – ce stă la baza acestor beneficii - presupune egalitatea tuturor indivizilor în fața riscurilor.

În cazul acestor tipuri de beneficii redistribuția are mai degrabă un caracter *intrapersonal*, de minimizare a fluctuațiilor financiare și de bunăstare ale unui individ, familie sau gospodărie în decursul existenței lor, și de ajustare a veniturilor, respectiv bunăstării, în timp.

Beneficiile universalist- categoriale duc la *creșterea echității orizontale*, deci la integrarea socială a indivizilor, prin respectarea demnității individuale și prin prevenirea excluziunii sociale, la promovarea unor bunuri sociale considerate a fi importante și la corectarea unor dezechilibre între resurse și nevoi.

Rata de cuprindere în cadrul beneficiilor sociale selective este mai scăzută decât cea a *beneficiilor universalist-categoriale*, aceasta având ca efect creșterea bunăstării unor segmente largi ale populației.

Într-o societate în care astfel de beneficii sunt predominante, toți indivizii, ajung, într-o formă sau alta, la un moment dat în decursul vieții lor, să fie beneficiari direcți. Acest fapt, asociat cu un nivel satisfăcător al beneficiilor și/ sau calitatea crescută a serviciilor oferite, poate duce și la o *creștere a suportului politic* pentru astfel de programe. Acesta pare a fi cazul Suediei, unde suportul politic pentru serviciile și beneficiile de tip universalist-categorial rămâne foarte crescut.

În cazul beneficiilor universalist-categoriale criteriile de eligibilitate sunt simple și clare, iar beneficiile sunt acordate prin intermediul unui sistem administrativ relativ simplu. *Costurile administrative asociate sunt minime* în raport cu administrarea altor tipuri de beneficii.

Cele mai importante dezavantaje asociate acestor tipuri de beneficii sunt în special de natură economică și anume: costurile pe care le presupun astfel de sisteme sunt foarte ridicate, ducând, în consecință, la creșterea cheltuielilor sociale ale statului. Creșterea cheltuielilor sociale presupune, mai departe, creșterea nivelului de taxare și impozitare a indivizilor. Unele state, și acesta este în mare parte și cazul țărilor Europei de Est și Centrale, nu își pot permite cheltuieli sociale atât de ridicate în condițiile unei economii încă sub-optimale, ce presupune crearea unor structuri motivaționale și concurențiale. Acesta pare să reprezinte un argument central al unor organizații internaționale (ca de exemplu Banca Mondială) în defavoarea adoptării în țările în tranziție a unor astfel de sisteme de beneficii.

O altă nemulțumire în legătură cu sistemele universalist-categoriale este aceea că tind să ducă la standardizarea serviciilor oferite populației (e.g. aceleași servicii medicale pentru toți) și deci la lipsa de opțiune a indivizilor în raport cu tipul acestora. Acesta pare a fi și un efect al descurajării sectorului privat în oferirea unor alternative de protecție socială.

4. Beneficii selective

Beneficii selective sunt acele beneficii sociale non-contributorii, acordate în funcție de nevoie, în urma aplicării unui test în raport cu nivelul de trai. Ele se regăsesc în literatura de specialitate și sub denumirea de *beneficii bazate pe testarea mijloacelor de trai*. Exemple de astfel de beneficii sunt ajutorul social (în sistemul românesc), subvențiile oferite în vederea plății cheltuielilor de întreținere sau chirie (Suedia), ajutorul social pentru familiile cu copii în întreținere (SUA).

Obiectivul principal al beneficiilor selective îl reprezintă asigurarea unui minim social acceptabil de trai, indivizilor, familiilor sau gospodăriilor (în funcție de unitatea de măsură a bunăstării

aleasă). Este *vizată în mod special reducerea sărăciei*. Beneficiile selective sunt focalizate asupra segmentului celor ‘cu adevărat în nevoie’.

O consecință a beneficiilor selective este reducerea inegalității sociale.

Beneficiile selective au la baza principiul redistributiv. Filosofia acestor beneficii este cea a ajutorării de către societate numai a celor ce nu se pot ajuta singuri. Redistribuția, prin intermediul beneficiilor selective se realizează de la cei cu venituri (mai ridicate) – prin intermediul sistemului de taxare și impozitare – către categoriile de indivizi cu venituri mici sau fără venituri. Acest tip de redistribuție are, spre deosebire de beneficiile universalist-categoriale – un caracter mai degrabă interpersonal.

Eligibilitatea pentru beneficiile selective se stabilește pe baza unui « test » aplicat individului, familiei sau gospodăriei în vederea evaluării nivelului mijloacelor de trai în general (inclusiv bunuri de lungă folosință, alte bunuri mobilizabile și imobiliare, economii personale etc.), sau a veniturilor în particular.

Testarea se poate face prin mijloace strict birocratic-administrative sau prin implicarea unor sisteme expert, atât în scopul stabilirii eligibilității, cât și pentru stabilirea nivelului beneficiului. În cadrul unui sistem de beneficii selective, beneficiile acordate nu sunt egale pentru toți indivizii, ci depind de nivelul inițial al veniturilor individului, familiei sau gospodăriei. Beneficiile selective au ca scop aducerea tuturor beneficiarilor la același nivel, considerat a fi minim social acceptabil (poate reprezenta un prag de sărăcie sau nu) indiferent de nivelul lor inițial (atâta timp cât acesta este mai mic).

În majoritatea țărilor unitatea în raport cu care se evaluează mijloacele de trai o reprezintă familia.

Posibilitatea unei protecții sociale minime oferită de beneficiile selective este asociată cu costuri relative scăzute. Un alt avantaj al acestor beneficii îl reprezintă caracterul lor “rezidualist” ce permite o intervenție minimă a statului în economie. Eficientizarea economiei este posibilă în acest caz, prin stimularea productivității datorită degrevării populației de taxe și impozite ridicate.

Comparativ cu beneficiile universalist-categoriale, beneficiile selective contribuie într-o măsură mai mare la creșterea echității verticale, la redistribuirea cu precădere de la cei cu venituri mai ridicate, către cei cu venituri mai scăzute.

În țări ca România, unde ‘clasa de mijloc economică’ este inexistentă, deci cu un segment semnificativ al populației având venituri mici și foarte mici în raport cu întreaga populație, beneficiile selective pot fi mai costisitoare (și eventual și mai ineficiente) comparativ cu beneficiile universalist-categoriale, în condițiile unor rezultate redistributive similare.

Nivelul cheltuielilor publice sociale reflectă gradul de implicare a statului în protecția socială a cetățenilor săi.

Nivelul cheltuielilor publice sociale nu spune însă nimic despre modul în care cetățenii sunt protejați prin intermediul politicilor sociale, deci despre redistribuția bunăstării prin intermediul statului. Un al doilea criteriu de analiză a profilului statului social îl reprezintă natura programelor sociale și ponderea diferitelor tipuri de programe în totalul acestora.

- Richard Titmuss⁶ identifică 3 modele de state (i.e. de politici sociale):

⁶ Richard Titmuss, *Social Policy: An Introduction*, London: Allen and Unwin, 1974

- **Statul rezidualist** (având ca reprezentant SUA): Statul deține un rol marginal în protecția socială a cetățenilor săi, intervenind doar atunci când piața liberă și familia eșuează în a oferi o protecție socială minimă individului. Intervenția statului se justifică deci doar în situații extreme, și chiar și atunci această intervenție trebuie să ia o formă temporară, punctuală, pentru a nu induce efecte de demotivare a muncii.

-**Statul bazat pe merit/ performanță** (având ca reprezentant Germania). Statul intervine într-o oarecare măsură în protejarea cetățenilor săi dar această intervenție are la bază criteriul de merit și performanță în muncă. Statul are în acest sens o funcție de completare a pieței economice, recompensând munca și performanța. Tipul de politică socială dominantă este sistemul de asigurări sociale.

-**Statul redistributiv-instituțional**. Statul devine un actor central în cadrul sistemului de protecție socială, iar bunăstarea socială o instituție bazată pe principii universaliste, având ca și criteriu redistributiv nevoia, în baza drepturilor sociale asociate statutului de cetățean.

Regimurile reale reprezintă combinații între aceste tipuri ideale, cu dominanța unuia sau altuia dintre profilurile ce caracterizează tipurile ideale.

Esping-Andersen (1991) considera ca pana in anul 1930, existau doar două modele de state ale bunastarii:

a) **regimurile liberale** (Scandinavia, lumea anglo-saxonă), care erau bazate pe sistemele tradiționale de ameliorare a sărăciei și de încurajare a soluțiilor și aranjamentelor pe piața privată, respectiv în sfera privată;

b) **modelul european continental, de tip corporatist**, care era caracterizat de obligativitatea contribuției la sisteme de asigurări sociale, cu accentuarea rolului puternic al statului și asociate cu menținerea diferențierilor de status dobândit. Acest ultim model reflectă economia politică paternalistă, etatistă și conservativă a capitalismului timpuriu în țări ca Franța, Germania și Austria.

După cel de-al doilea Război Mondial, statele anglo-saxone au reformat doar marginal sistemul tradițional de protecție socială. În aceste state nu există un sistem comprehensiv de sănătate publică, beneficii de maternitate sau pentru copii. Statele scandinave au reformat radical sistemele de protecție socială, adoptând o ideologie colectivistă și, în consecință, un sistem de protecție socială bazat pe solidaritate socială și universalism.

În funcție de cele trei dimensiuni enunțate mai sus Esping-Andersen identifică trei modele de state ale bunăstării:

- Statul liberal-rezidualist (SUA, Canada, Australia)
- Statul bunastarii conservator-corporatist (Austria, Germania, Franta, Italia)
- Statul bunastarii social-democrat (Suedia, Norvegia, Danemarca)

	SUA
Servicii medicale	MEDICARE – program destinat populației vârstnice, de peste 70 de ani; în 1989 primii 560 USD asociați costurilor de îngrijire/ servicii medicale erau suportați de pacient În 1979 60% din populația vârstnică deținea o asigurare privată medicală MEDICAID – program adresat săracilor, în baza testării mijloacelor de trai
	Germania
Servicii medicale	Servicii medicale bazat pe asigurări sociale Servicii de îngrijire a preșcolariilor – foarte reduse
	Suedia

Servicii medicale	Servicii gratuite și universale Concedii de maternitate foarte generoase: primul an, 90% din salariu anterior, combinat cu o serie de programe de suport pentru îngrijirea copiilor preșcolari
-------------------	---

Sursă: G. Esping-Andersen și J. Micklewright, 1991

Referitor la regimurile de bunăstare care se prefigurează în țările foste socialiste, Bob Deacon⁷ (1993) propune o nouă tipologie, care să cuprindă și aceste noi state emergente pornind, în mare parte, de la aceleași variabile ca cele utilizate de Esping-Andersen în analiza regimurilor europene și anglo-saxone. Astfel Deacon ajunge la următoarea clasificare:

Tara	Tipul de stat
Bulgaria	Corporatism conservatorist post-comunist
Germania	Corporatism conservatorist
Polonia	Corporatism conservatorist post-comunist
Ungaria	Liberal-capitalist
România	Corporatism conservatorist post-comunist
Slovenia	Liberal-capitalist
Serbia	Corporatism conservatorist post-comunist
Țările foste URSS	Corporatism conservatorist post-comunist

Sursa: Deacon, 1993, pg. 196 (tabelul 9.3)

5. Caracteristici actuale ale sistemelor de asigurari de sanatate utilizate in diverse tari

5.1. Sistemele de sanatate din cadrul Uniunii Europene.

Descrierea sistemelor nationale de asigurari de sanatate urmareste trei axe fundamentale. Nevoile sanitare si cererea de sanatate conditioneaza misiunea actuala si viitoare a sistemelor de sanatate.

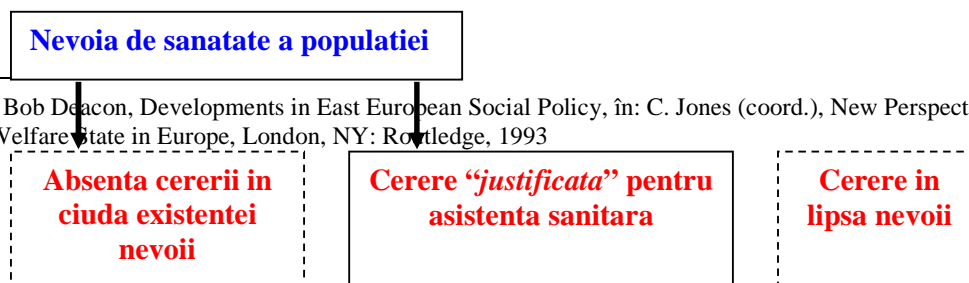
Finantarea si organizarea sectorului de sanatate precum si infrastructura sistemului de sanatate si utilizarea lui sunt cruciale pentru a intelege natura, structura si caracteristicile individuale ale sistemelor de sanatate ale statelor Uniunii Europene.

Prioritatile actuale constituie o sinteza sumara a scopurilor comune sau specifice in domeniul sanatatii precum si solutiile implementate de diferitele state membre.

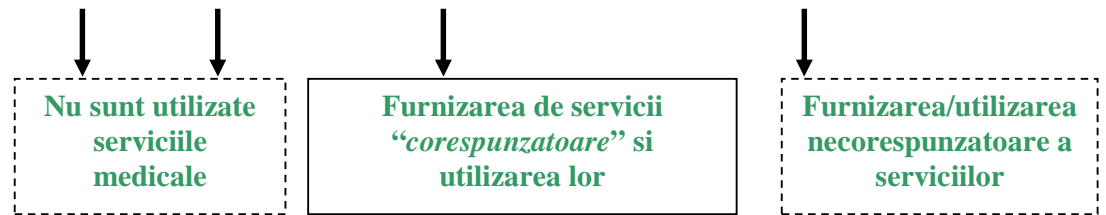
5.1.1. Nevoile sanitare si cererea de sanatate.

Toate sistemele de sanatate se straduiesc sa satisfaca nevoile populatiei in materie de sanatate si de servicii medicale. O intrebare cu adevarat complicata este aceea de a sti in ce masura cererea de sanatate reflecta intr-o maniera adecvata nevoile reale ale populatiei si in ce masura oferta de ingrijiri medicale si utilizarea serviciilor de sanatate sunt satisfacatoare. (fig.1)

Fig.1



⁷ Bob Deacon, Developments in East European Social Policy, în: C. Jones (coord.), New Perspectives on the Welfare State in Europe, London, NY: Routledge, 1993



Daca nevoile de asistenta medicala ale populatiei se pot traduce printr-o cerere «justificata» si o utilizare corespunzatoare a serviciilor de sanatate, nevoile sigure pot fi neglijate datorita unei cereri sau utilizari inexistente.

Sanatatea nu este masurabila in mod direct. Printre criteriile utilizate pentru a evalua amploarea si natura nevoilor de asistenta medicala figureaza caracteristicile populatiei precum si « indicatorii de sanatate » cum ar fi speranta de viata, morbiditatea si mortalitatea .Acesti indicatori se pot considera de asemeni si indicatori ai sistemelor de sanatate.

5.1.2. Finantare si organizarea sectorului de sanatate.

Finantarea si organizarea sistemului de sanatate in statele membre ale UE urmaresc traditiile institutionale, politice si socio-economice nationale. Acestea se concretizeaza intr-o serie de obiective sociale in materie de finantare si de oferte de servicii de ingrijire medicala eficiente si la un pret abordabil.

Valoarea relativa, repartizata pe fiecare obiectiv, variaza intr-o maniera considerabila, potrivit sistemelor nationale, la fel ca si intre sectorul de sanatate si alte sectoare de actiune ale puterii publice din interiorul fiecarei tari.

Pentru finantarea unui sistem de sanatate este necesar sa se colecteze bani de la populatie pentru a putea contracta furnizorii de servicii medicale.

Obiectivul principal al sistemelor este acela de a repartiza costurile serviciilor medicale intre persoanele bolnave si cele sanatoase si de a modula a lor in functie de resursele de care fiecare individ dispune.

Acest mecanism de solidaritate reflecta consensul care se intalneste in cadrul Uniunii Europene conform caruia sanatatea nu poate fi abandonata mecanismelor pietii.

Fiecare stat membru si-a dezvoltat propriile mecanisme de finantare .Toate sistemele sunt mai mult sau mai putin hibride, in masura in care acestea se sprijina pe o combinatie de surse de finantare, dar majoritatea fondurilor sunt controlate direct sau indirect de catre stat. Doar intr-o mica proportie serviciile sunt platite in mod direct.

Sistemele de sanatate in Uniunea Europeana sunt finantate prin contributii publice sau prin contributii directe.

Se disting trei sisteme de finantare predominante in Uniunea Europeana. Prima, (cunoscuta sub numele de modelul Beveridge) se caracterizeaza prin finantare publica pe baza impozitelor. Al doilea sistem (dupa modelul Bismark) finantarea se realizeaza prin intermediul asigurarii obligatorii. Al treilea sistem consta in finantare privata prin asigurari voluntare.

Tab.1

Modele de finantare ale sistemelor de sanatate ale statelor membre ale UE

Tari	Sistemul de finantare dominant	Principalele surse de finantare complementare
Finlanda, Grecia, Irlanda, Italia, Suedia, Spania, Marea Britanie	Public : fiscalitate	Asigurare voluntara privata, plati directe
Danemarca, Portugalia	Public : fiscalitate	Plati directe
Austria, Belgia, Franta, Germania, Luxemburg	Public : asigurari sociale obligatorii	Asigurare voluntara privata, plati directe, fiscalitate
Olanda	Combinatie intre asigurari sociale obligatorii si asigurari voluntare private	Fiscalitate si plati directe

Participarea pacientilor contribuie, intr-o proportie variata la finantarea ingrijirilor medicale in toate tarile membre.

Majoritatea statelor membre aplica dispozitii de exonerare de la participarea la toate costurile a categoriilor cu venituri mici si altor grupuri defavorizate.

Asigurarile obligatorii precum si asigurarile voluntare sunt administrate de case de asigurare, organisme autonome ce colecteaza contributiile in functie de venituri pentru a le redistribui sub forma de beneficii in momentul utilizarii serviciilor medicale, ori de rambursare a cheltuielilor angajate.

Modul de finantare al spitalelor variaza de la un stat la altul, principalele forme fiind : tariful pe zi de spitalizare, si tariful pe grupe de diagnostic clinic.

5.1.3. Infrastructura sistemului de sanatate si utilizarea ei.

In conjunctura in care serviciul national de sanatate se afla in plina dezvoltare, resursele si serviciile medicale sunt furnizate in principal de serviciile publice si accesul la acestea este gratuit. Nici un sistem de sanatate din statele membre ale UE nu este in exclusiv de stat.

Tab.2

Resursele si volumul de activitate ale serviciilor spitalicesti in tarile membre UE^{1,2}

Tara	Numar de paturi la 1000 de locuitori (1995)	Zile de spitalizare pe locuitor (1995)	Durata medie a sejurului in zile (1995)	Rata de acces la ingrijiri medicale in % din populatie (1995)	Numarul de cazuri tratate /pat (1993)

Austria	6.6	1.8	7.9	23.1	33.9
Belgia	5.3	1.3	7.8	18.0	25.5
Danemarca	4.0	1.2	6.0	19.2	44.0
Finlanda	4.0	1.1	5.5	20.0	28.2
Franta	4.6	1.3	5.9	20.3	25.0
Germania	6.3	2.1	12.1	18.0	24.4
Grecia	3.9(1992)	-	-	-	-
Irlanda	3.3	1.0	6.7	14.8	31.0
Italia	5.1	1.3	8.8	15.8	26.4
Luxemburg	6.7(1994)	1.8	9.8	18.4(1994)	-
Olanda	3.9	1.0	9.9	10.3	25.2
Portugalia	3.6	0.8	7.9	11.1	32.2
Spania	3.2(1994)	0.8	8.8	10.5(1994)	31.7
Suedia	3.0	0.8	5.2	16.2	32.0
Marea Britanie	2.0	0.8	4.8	21.2	47.8
Medie UE	4.3 ³	1.25 ⁴	7.6	17.3 ³	31.3

¹ Sursa : Eco-Sante OCDE 1997.
² Datele nu sunt direct comparabile cu o a doua sursa datorita eterogenitatii definitiilor utilizate.
³ Cu exceptia Greciei, Luxemburgului si Spaniei
⁴ Cu exceptia Greciei

In majoritatea tarilor din UE , ingrijirile medicale primare sunt scutite incadrul unui sistem mixt care combina medicina liberala privata cu medicina publica.

Imporanta acordarii ingrijirilor medicale primare, variaza in functie de sistemul de sanatate, precum reiese din proportiile diferite de de medici generalisti in totalul populatiei medicale (vezi Tab.3).

Tab.3

Personalul din sistemul sanitar in statele membre UE¹

Tara	Numarul de medici titulari pentru 10 000 locuitori (1994)	Medici generalisti (% in numarul populatiei medicale)	Numarul stomatologilor titulari pentru 10 000 locuitori (1993)	Numarul de infirmieri calificati pentru 10 000 locuitori (1993) ²	Numarul de farmacisti pentru 10 000 locuitori (1994)
Austria	25.6 ³	47.4	4.4	80.0	5.0
Belgia	37.4	-	6.8	-	13.5
Danemarca	29.0	21.8	5.2	67.3	1.8
Finlanda	26.9	43.0	9.1	200.2	14.0
France	28.5	50.5	6.8	56.7	9.7
Germania	32.8	33.8	7.2	47.9	5.4
Grecia	38.8	-	10.4	35.9	7.8
Irlanda	20.0	23.4	4.0	73.8	3.2
Italia	53.0 ⁴	-	5.5(1992)	40.8(1992)	9.6(1992)
Luxemburg	21.6	35.9	5.1	-	8.6(1992)

Olanda	25(1990) ⁵	-	5.3(1990)	-	1.6
Portugalia	29.3	21.1	2.1	31.3	12.4
Spania	40.8(1993)	-	3.1	43.0	10.1(1993)
Suedia	30.2 ⁶	17.8	10.6	98.7	6.6
Marea Britanie	15.6	37.8	3.7	-	5.9(1993)
Medie UE	28.1	277	5.9	70.5	7.7

¹ Sursa :Eco-Sante OCDE 1997

² Deosebirile notabile raportate de alte surse se pot explica printr-o grupare diferita

³ [33] Sursa de referinat :OMS, baza de date « Health for All »

⁴ [4.7]

⁵ Sursa de referinta:OMS, baza de date « Health for All »

⁶ [21.9] Sursa de referinta: ibidem

Cateva state membre sunt tentate sa diminueze numarul specialistilor, ale caror servicii sunt in general mai costisitoare si de a consolida rolul medicinei generale.

In Tab.3 care evidentiaza densitatea medicilor, a stomatologilor, a asistentilor medicali precum si a farmacistilor in tarile UE, apare o diversitate frapanta. Intre doua extreme, numarul de medici este inmultit cu mai mult de 2, numarul stomatologilor este inmultit cu mai mult de 3, numarul asistentilor medicali cu circa 4, si cel al farmacistilor cu aproape 6. Aceste cifre sunt considerate cu prudenta , luand in calcul puternica variabilitate a datelor dintre diferite surse nationale si internationale ; recensamantul medicilor italieni, de exemplu este foarte controversat. In ansamblu Finlanda este dotata cu un personal medical comparativ important, in timp ce Marea Britanie este mai econoama in alocarea resurselor sale.

Asteptarile marelui public in materie de infrastructuri si de ingrijiri medicale, sunt doua consecinte majore pentru politica de sanatate : pe de o parte, aceste asteptari sunt considerate ca un factor de evaluare a cheltuielilor; pe de alta parte, gradul de satisfacere al utilizatorilor este un element de evaluare si de urmarire a reformelor in sistemele de sanatate.

In 1993 a fost realizata o ancheta ce a cuprins 15 state membre UE menita sa evidentieze gradul de satisfactie a utilizatorilor de servicii medicale vis-à-vis de sistemele de sanatate existente (vezi Tab.4 care recapituleaza principalele rezultate ale anchetei).

Tab.4

Nivelul de satisfactie al utilizatorilor de servicii medicale fata de sistemele de sanatate existente in statele UE¹

Tari	Foarte satisfacuti	Mai de graba satisfacuti	Mai de graba nemultumiti	Foarte nemultumiti	Alte raspunsuri
Austria	17	46.3	4.1	0.6	32
Belgia	10.9	59.2	7.2	1.1	21.6
Danemarca	54.2	35.8	4.5	1.2	4.3
Finlanda	15.1	71.3	5.3	0.7	7.6
Franta	10	55.1	12.8	1.8	20.3
Germania	12.8	53.2	9.8	1.1	23.1
Grecia	1.5	16.9	29.7	24.2	27.7
Italia	0.8	15.5	33.5	25.9	24.3

Irlanda	9.4	40.5	18.2	10.9	21
Luxemburg	13.6	57.5	7.5	1.4	20
Olanda	14.2	58.6	13.6	3.8	9.8
Portugalia	0.8	19.1	37.4	21.9	20.8
Spania	3.7	31.9	20.4	8.2	35.8
Suedia	13.1	54.2	11.4	2.8	18.5
Marea Britanie	7.6	40.5	25.7	15.2	11
Medie UE	8.8	41.5	18.8	9.5	21.4
¹ Sursa : Mossialos, 1997					

Acest studiu arata ca nivelul de satisfactie al utilizatorilor este intr-o masura sigura, proportional cu nivelul cheltuielilor aferente sanatatii, mai putin in cazul Italiei, majoritatea consumatorilor afisand un nivel slab de satisfactie, iar danezii care cheltuiesc putin se arata in majoritate foarte satisfacuti de sistemul lor de sanatate.

Cetatenii tarilor din sudul Europei se declara in general mai putin satisfacuti de serviciile medicale ce le sunt oferite decat restul cetatenilor din restul statelor membre UE.

5.1.4. Prioritatile actuale.

Se constata astazi, in toate tarile membre ale UE o certa insatisfactie vis-s-vis de modalitatile de finantare si de furnizare a serviciilor medicale . Principalele probleme comune –care ocupa diverse locuri in ordinea preocuparilor nationale- le reprezinta carentele lor in materie de echitate si egalitate la accesul la serviciile medicale, de control asupra cheltuielilor, de utilizare eficienta a resurselor si de control al calitatii serviciilor medicale. Aceste preocupari comune conduc la strategii convergente sau specifice dupa caz.

Asupra planului de stabilitate sociala , prioritatea consta in garantarea ingrijirilor medicale pentru persoanele in varsta, mai bine adaptate la nevoile lor, privilegiata fiind cercetarea unui echilibru intre ingrijirile la domiciliu, ingrijiri comunitare si servicii spitalicesti.

Pe de alta parte imbatrinirea populatiei se traduce printr-o progresie de afectiuni cronice. Acest fapt conduce la mai multe eforturi pentru prevenirea bolilor usor evitabile cu sau fara ingrijiri medicale. *Ingrijirile preventive* constituie o potentiala alternativa economica a ingrijirilor medicale bazate pe tehnologii costisitoare.

Daca principiul universalitatii de acces la ingrijiri este utilizat in majoritatea statelor membre, *egalitatea de acces* ramane o preocupare constanta a sistemelor de sanatate, acestea depind de numerosi factori care nu sunt direct legati de sanatate. Eforturile in acest domeniu sunt neaparat multidisciplinare si transsectoriale si atentia se indreapta cu prioritate catre educatia pentru sanatate la fel ca si catre lupta impotriva excluderii.

Toate statele membre pun in practica politicile de *stapanire a cheltuielilor* pentru imbatrinirea populatiei, implicatiile financiare de dezvoltare tehnologica, asteptarile crescande ale consumatorilor ce apar in mod neprevazut asupra sistemelor de sanatate puternic inflationiste.

Rationalizarea si optimizarea serviciilor de sanatate mai multe ingrijiri si rezultate sanitare pe un euro cheltuit- trece printr-un mai bun *raport cost-eficacitate* .

Studiul *eficientei* implica maximizarea calitatii serviciilor luand in considerare constrangerile economice existente in scopul ameliorarii starii de sanatate si gradul de satisfactie al populatiei. O astfel de interventie impune o eventuala integrare a populatiei in procesul de elaborare a normelor de calitate. Pe de alta parte presupune colectarea si analiza informatiilor comparabile si ferme asupra pacientilor tratati, rezultatelor si costurilor aferente ingrijirilor de sanatate si impactul reformelor angajate.

De exemplu referitor la managementul institutiilor si introducerea relatiilor concurentiale se urmareste o utilizare mai eficienta a resurselor si ameliorarea calitatii ingrijirilor medicale pentru un cost mai redus. Asistam la o multiplicare a reformelor asupra sistemelor de plata, privitor la reducerea risipei de resurse in domeniul serviciilor spitalicesti precum si in domeniul serviciilor ambulatorii. Practicile si tehnologiile de sanatate sunt supuse unei evaluari mai accesibile pentru a fixa prioritatile in domeniu.

Politicile pun din ce in ce mai mult accent pe reorientarea sistemelor de sanatate catre obiective masurabile atat in ceea ce priveste calitatea ingrijirilor medicale cat si in ceea ce priveste satisfactia utilizatorilor.

6. Sistemele de sanatate in statele membre UE :

AUSTRIA

Legea generala a asigurarilor sociale din anul 1956 consacra dreptul la protectie sociala si la ingrijiri medicale. Fondat pe principiul asigurarilor publice obligatorii, sistemul de protectie sociala austriac acopera 99% din populatie. Asigurarile sociale se impart in patru mari categorii in functie de riscurile acoperite : asigurare de boala, asigurare de accident, asigurare de batranete si asigurare de somaj. Sistemul de sanatate austriac este foarte apropiat, in multe privinte de sistemul german. Principalele diferente sunt legate de platile directe pentru serviciile din sistemul ambulatoriu si negocierea retributiilor prin camerele regionale ale medicilor.

Sistemul global de sanatate este unul dintre cele mai bune UE. Asigurarea de boala cuprinde o gama de servicii foarte completa, si majoritatea populatiei -63.3%-se arata foarte satisfacuta. Austria a inregistrat o mare crestere a cheltuielilor destinate sanatatii conform tendintei observate la toate sistemele din cadrul UE bazate pe asigurari.

Populatia si starea de sanatate

In 1997 *populatia* austriaca a fost de 8.1 milioane de locuitori. Procentul tinerilor pana in 20 de ani a fost de 23.7%. Proportia persoanelor in varsta este inferioara mediei europene : peste 65 ani reprezinta 14.6%, peste 75 ani, 6%. Varsta medie a populatiei ar trebui sa creasca in cursul viitoarelor decenii cu marja semnificativa in proportia persoanelor cu varsta de peste 75 ani.

Rata somajului -1.7% calculata in 1994 printre cele mai slabe din Uniunea Europeana (4.7%).

Speranta de viata corespunde cu media UE : 80.2 ani pentru femei si 73.9 ani pentru barbati.

Rata mortalitatii se ridica la 7.8 la 1 000 locuitori in 1993 media UE fiind de 8.2 la 1 000 locuitori.

Mortalitatea infantila s-a stabilit in 1996 la 5.1 pentru 1000 nascuti vii, si este inferioara mediei UE (5.4). *Mortalitatea prenatala* a fost estimata la 6,9 in 1995 (7.5-UE); calitatea ingrijirilor medicale in domeniul obstetric au o reputatie foarte buna in Austria.

Principalele cauze de deces sunt bolile cardio-vasculare (50%) si cancerul (23%).

Rata de sinucidere este ridicata in Austria in special la barbati ; in 1993 anii de viata potentiali pierduti din cauza sinuciderii se ridica la 651 pentru 100 000 barbati si la 196 pentru 100 000 femei.

Incidenta SIDA a fost estimata in 1996 la 16 noi cazuri diagnosticate la un million de locuitori.

Indicele DMF al sanatatii in domeniul stomatologic (media dintilor permanent cariati, extrasi sau obturati pe persoana) a fost in 1990 de 4.2 la copiii cu varsta de 12 ani ; aceasta cifra este superioara mediei UE-3.1

Consumul de alcool este relativ ridicat : in 1990 a fost de 12.6 litri pe persoana in comparatie cu media UE de 11.6litri. Cu toate acestea s-a observat o scadere in 1995 la 11.9 litri pe persoana

In 1991 *consumul de tutun* a fost inferior mediei UE pentru ambele sexe : 35.5% la barbati si 20.3% la femei toti fumatori de mai mult de 15 ani, (media UE 37%-barbati, 30%-femei).

Finantarea si organizarea sistemului de sanatate.

1. Structura sistemului.

Austria este un stat federal alcatuit din noua provincii (landuri) populatia variind intre 270 000 locuitori si 1.55 milioane (Viena).Sistemul de sanatate austriac puternic descentralizat este axat in jurul diviziunii constitutionale a responsabilitatilor intre autoritatile federale si autoritatile provinciale. Rolul Ministerului Sanatatii este limitat la formularea cadrului politicii globale cu privire la oferta de ingrijiri medicale precum si la eliberarea autorizatiilor de scoatere pe piata a noilor medicamente. Gestionarea si administrarea serviciilor de sanatate este in responsabilitatea autoritatilor din provincii.

Ministerul Muncii si Afacerilor sociale isi exerseaza dreptul asupra asigurarilor de sanatate si controlul asupra caselor de asigurari de sanatate.

Uniunea caselor de asigurari sociale (« Hauptverband der Sozialversicherungsträger ») este o institutie influenta, responsabila cu fixarea proportiei de compensare a medicamentelor, formularea recomandarilor politice, stabilirea liniilor directoare cu privire la prestarea serviciilor, la incheierea conventiilor cu prestatorii de servicii medicale si de coordonarea diverselor case de asigurari.

Aceste organisme se ocupa de trei tipuri de asigurari : pentru serviciile medicale de urgenta, asigurari de sanatate si asigurari sociale, acestea din urma fiind concretizate in principal prin beneficii in bani.Asigurarile sunt obligatorii.99% din populatie este afiliata la una din cele 24 de case de asigurari de sanatate.Acestea sunt organisme autonome. Finantarea lor se realizeaza in

mod esential prin contributi. In jur de 40% din austrieci detin si o asigurare privata suplimentara.

2. Finantarea sistemului.

Finantarea sistemului de sanatate austriac este bazata pe:

- contributiile la asigurarile de sanatate obligatorii (59%) ;
- pe fiscalitate (24%) ;
- pe asigurari private (7.5%).
- coplata reprezinta in jur de 14% din resurse.

Cotizatiile catre casele de asigurari de sanatate sunt platite atat de salariati cat si de angajatorii lor.

Cotizatiile variaza in functie de salarii, suma variind intre 6 si 8.5% din venitul brut.

Coplata poate fi pentru tratament, pentru servicii stomatologice, cazare in spital.

Finantarea spitalelor s-a schimbat din anul 1995 prin introducerea unui sistem de plati bazat pe tarife, pe grupe omogene de bolnavi. Introducerea acestui sistem s-ar realizat progresiv printr-un proiect pilot GHM care a cuprins 20 de spitale austriece. Obiectivul acestei modificari fiind evolutia sistemului spitalicesc in concordanta cu o gestiune axata pe rezultate.

Medicii care lucreaza in spitale sunt salariati. Pentru bolile acoperite de asigurari de sanatate private se aplica tarife distincte. Onorariile medicilor sunt in principal reglate de casele de asigurari de sanatate sau de casele private dupa caz. Plata onorariilor se realizeaza pe baza conventiilor-cadru negociate intre Uniunea Caselor de asigurari sociale si Camerele Regionale ale medicilor. Pentru serviciile stomatologice baremul onorariilor este stabilit la nivel federal.

Lista medicamentelor compensate cuprindea 2 700 produse in anul 1993. Preturile sunt fixate prin decret ministerial. In cazul produselor cu vanzare libera (OTC) farmacistii pot factura cu un adaos de 15%.

3. Personalul medical in sistem.

Numarul medicilor titulari-26.6 pentru 10 000 de locuitori – inferior mediei europene (28.1), cu o proportie de 12.1 pentru medicii generalisti(media UE- 8.2) si de 13.4(media UE -11.3) pentru medicii specialisti. La nivel national, densitatea infirmierilor calificati este superioara mediei UE este destul de eterogena in functie de regiune. Numarul de stomatologi si de farmacisti este doar cu putin mai mic decat media UE.(vezi Tab.5)

Tab.5

Dimensiunea efectivului de profesionisti care lucreaza in domeniul sanatatii in Austria

Profesionisti in domeniul sanatatii	Densitatea la 10 000 locuitori	Media in cadrul UE	Anul
Medici titulari	26	28	1994
Medici generalisti	12	8	1994

Specialisti si consultanti	13	11	1994
Stomatologi	4	6	1993
Infirmieri calificati	80	70	1993
Farmacisti	5	8	1994

Prioritati actuale :

Implementarea noului sistem de finantare al spitalelor constituie o preocupare majora a politicii de sanatate austriece. Acest sistem care se bazeaza pe stabilirea de tarife pe grupe omogene de bolnavi vizeaza stabilizarea cresterii cheltielilor in sectorul spitalicesc , consolidarea eficientei serviciilor , diminuarea duratei de spitalizare si imbunatatirea calitatii ingrijirilor.

Eforturile sunt in mod egal indreptate catre sporirea capacitatii de gestiune a spitalelor publice, si stimularea concurentei intre prestatorii de servicii spitalicesci.

Exista in continuare probleme de coordonare intre serviciile spitalicesci si serviciile de asistenta medicala primara. Din acest motiv exista in perspectiva statului austriac o reforma a modalitatii de finantare in medicina ambulatorie.

BELGIA

Sistemul de sanatate din Belgia se bazeaza pe asigurare obligatorie, care acopera populatia in totalitate.

Administrarea sistemului este impartita intre o casa de asigurari publica si alte cinci organisme nonprofit (Uniunea nationala a mutualitatii) de inspiratie politica si religioasa.

Prestarea serviciilor medicale se inscrie in traditia liberala. Pacientii sunt liberi sa isi aleaga medicul, care poate fi un specialist sau un generalist. Accesul la spitalizare este direct. Libertatea de alegere si accesul la o larga gama de servicii medicale se traduce printr-un inalt nivel de satisfacere a utilizatorilor in comparatie cu alte tari europene.

Sistemul belgian de sanatate favorizeaza o inflatie sigura a ofertei de servicii medicale de sanatate. In particular nu a avut o planificare sistematica a resurselor umane.

Pe de alta parte sistemul de sanatate belgian este unul dintre cele mai complicate din Europa de aici dificultatea de a implementa o reglementare efectiva .

Populatia si starea de sanatate

In anul 1997 *populatia* Belgiei numara 10 milioane de locuitori, din care 24% tineri sub 20 de ani (media UE-24.6%), si 16% persoane in varsta de peste 65 ani, procent comparativ mai ridicat decat media UE-15%. Proportia persoanelor de peste 75 de ani estimata la 6.3% se situeaza putin deasupra mediei UE-6.1% iar conform studiilor se asteapta un procent de 9.1% in anul 2020(media UE in anul 2020-8.9%).

Speranta de viata in anul 1996 a fost de 81 ani pentru femei (UE-80.2) si de 74.3 ani pentru barbati (UE-73.9).

Mortalitatea infantila a fost estimata la 6 decese la 1 000 de nascuti vii in anul 1996 si este superioara mediei UE (5.4).

Rata deceselor cauzate de bolile cardiovasculare este relativ scazuta.

Incidenta SIDA a fost estimata in 1996 la 18.8 noi cazuri diagnosticate la un million de locuitori.

Indicele DMF al sanatatii in domeniul stomatologic a fost in 1990 de 2.7 la copiii cu varsta de 12 ani ; aceasta cifra este inferioara mediei UE-3.1

Consumul de alcool a fost de 11.2 litri pe persoana in comparatie cu media UE de 11.6litri.

In 1992 *consumul de tutun* a fost inferior mediei UE pentru ambele sexe : 31% la barbati si 21% la femei toti fumatori de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-barbati, 35.8%-femei).

Finantarea si organizarea sistemului de sanatate

1. Structura sistemului

Rolul guvernului se limiteaza la reglementarea si finantarea partiala a sistemului, prestatorii de servicii medicale beneficiaza de o larga autonomie atat in planul gestiunii cat si in cel al activitatii. La nivel national sapte portofolii ministeriale sunt coresponsabile de sectorul de sanatate in probleme de politica de sanatate, de reglementare si control a sistemului. Asigurarile sociale sunt in responsabilitatea Ministerului Securitatii Sociale. Guvernul fixeaza cotele de cotizatie si definesc nivelul minim de acoperire cu prestatii medicale. Ministerul Sanatatii Publice si al Familiei poate reorganiza spitalele si serviciile, si poate achizitiona tehnologii in domeniu.

Nivelul renumeratiilor prestatorilor de servicii medicale sunt aprobate de Ministerul Securitatii Sociale.

Sistemul national de asigurare obligatorie acopera 88% din populatie. Liberii profesionisti reprezinta in jur de 12% din populatie. Ei sunt asigurati in cadrul unui program distinct care nu acopera decat riscurile majore (spitalizarea si servicii spitalicesti tehnice). Pentru a putea beneficia de protectie contra riscurilor minore , ei trebuie sa se asigure suplimentar conform modalitatilor strict reglementate de catre stat.

Programul national de asigurari de sanatate este pus in practica de catre o casa publica de asigurari de sanatate si cinci Uniuni de Mutualitate. Administrarea este centralizata la nivel national cu doua organisme dominante si anume Alianta Nationala de Mutualitate a Crestinilor, care acopera 45% din populatie si Alianta Nationala de Mutualitate a Socialistilor, care acopera 27% din populatie.

Consumatorul este liber sa alaga la ce casa de asigurari sa se afilieze. Intrucat fixarea nivelului de cotizatie si definirea pachetului de servicii medicale de baza sunt realizate prin decret ministerial, concurenta se limiteaza la asigurarii complementare. O lege din 1994 a instaurat o procedura de alocatii fixe de la buget pentru a stimula controlul permanent al costurilor.

2. Finantarea sistemului

Finantarea sistemului de sanatate se bazeaza pe cotizatiile la asigurarile de sanatate (36%), fiscalitate (38%), plati directe (17%).Procentul de 9% ramas este acoperit prin asigurarile suplimentare si fiscalitate indirecta.

Serviciile spitalicesti private sau publice sunt direct finantate de catre casele de sanatate. Plata serviciilor se intemeiaza pe un proiect de buget calculat in functie de capacitatea spitalului (numarul de paturi), in functie de activitatea anului precedent si caracteristicile de dezvoltare. Personalul medical este renumerat dupa o metoda combinata tarif pe zi si plata pe baza actelor. Cheltuielile pentru investitii sunt finantate de catre stat. Cheltuielile de spitalizare ce revin pacientilor sunt progresive in functie de durata sejurului.

Serviciile medicale ambulatorii sunt reglate direct de catre pacienti , care sunt rambursate in termen scurt de catre casele de asigurari in procent de 75% in medie.25% din cheltuieli revine pacientilor.Tarifele medicale sunt negociate intre casele de asigurari de sanatate si medici cu aprobarea ministerului. Onorariile sunt controlate de un comitet compus din reprezentanti ai organismelor de cumparatori si ai organizatiilor furnizorilor de servicii.Contractele incheiate intre medici si casele de asigurari sunt valabile doi ani.

Medicamentele sunt rambursate pe baza unei liste.Preturile sunt administrate. In functie de categoria de produse compensatia variaza de la 0 la 100%. In medie 29% din pret reprezinta compensatie.

Serviciile stomatologice sunt platite direct de catre pacienti urmand ca acestia sa ceara rambursarea sumei.

Reglementarile belgiene legate de participarea utilizatorilor la costurile serviciilor de sanatate sunt complexe ; pe global coplatile sunt dintre cele mai ridicate din UE .

3. Personalul medical in sistem

Numarul medicilor titulari-37.4 pentru 10 000 de locuitori – este extrem de ridicat in raport cu media europeana (28.1), numarul medicilor generalisti este egal cu cel al medicilor specialisti. Proportia medicilor in ansamblul personalului de sanatate se ridica in anul 1992 la 17.1% depasind media europeana de 15%. Numarul de stomatologi si de farmacisti este de asemenea ridicat in raport cu UE.(vezi Tab.6)

Tab.6

Dimensiunea efectivului de profesionisti care lucreaza in domeniul sanatatii in Belgia

Profesionisti in domeniul sanatatii	Densitatea la 10 000 locuitori	Media in cadrul UE	Anul
Medici titulari	37	28	1994
Medici generalisti	15	9	1995
Specialisti si consultanti	16	14	1995
Stomatologi	7	6	1995
Infirmieri calificati	nd.	87	1994
Farmacisti	14	8	1994

Prioritati actuale

Prioritatea globala este axata pe supravegherea cheltuielilor si cautarea unor noi surse de finantare a serviciilor medicale .

Introducerea utilizarii de bugete fixe pentru cheltuielile asiguratorii ale caselor de asigurari de sanatate ofera posibilitatea realizarii de profit sau pierdere. Obiectivul este acela de a incita casele de asigurari la o mai eficienta cumparare a serviciilor medicale.

DANEMARCA

Din 1973, toti cetatenii danezi sunt inscrisi la serviciul national de sanatate. Acesta este in intregime finantat, planificat si (gere) de autoritatile publice. Accesul la ingrijiri medicale este universal si in mare parte total gratuit. Finantarea este asigurata prin impozit.

Organizatiile de ingrijiri medicale sunt impartite in 14 comitate, cuprinse intr-un cadru politicii aprobate de guvernul central si de parlament. Sistemul danez se inrudeste cu Sistemul National de Sanatate Britanic in aceea ca cele doua sisteme se sprijina pe principiul „primul recurs”, dupa care medicul ghegeneralist este punctul de plecare obligatoriu pentru accesul la specialisti si la serviciile spitalicesti.

Anchetele realizate in randul populatiei subliniaza consensul de care beneficiaza sistemul, 90% dintre Danezi sunt foarte satisfacuti (54,2%) sau mai curand satisfacuti (35,8%). Pe de alta parte, indicatorii starii de sanatate afiseaza valori inferioare fata de media Uniunii Europene, si datele de mortalitate ca si cele privitoare la modul de viata sunt obiectul unei preocupari aparte.

Puternica descentralizare a sistemului declanseaza in aceeasi masura probleme de eficienta a alocarii de resurse si fixarii de prioritati in domeniul sanatatii.

Populatia si starea de sanatate

Populatia Danemarcei se ridica in 1996 la 5,24 milioane de locuitori, din care 23,6% tineri sub 20 de ani {25,5} (1994) si 15,4% de persoane in varsta peste 65 de ani {14,6}. Ponderea celor peste 75 de ani este relativ ridicata (7%) {6,1}. Ea se presupune a ajunge la 8,2% in 2020. Danemarca are o densitate a populatiei mult mai ridicata decat celelalte tari scandinave: 85% dintre Danezi traiesc in mediul urban.

Speranta de viata la nastere, estimata la 78 de ani pentru femei {80,2} si la 72,8 ani pentru barbati {73,9}, era cea mai redusa din Uniunea Europeana in 1995.

Mortalitatea se afla sub media europeana: Indicele mortalitatii standardizate era de 8,7 la 1000 de locuitori {8,2} in 1993, si mortalitatea prenatala la 5,5 la 1000 de nasteri in 1995. Mortalitatea infantila, estimata la 5,2 la 1000 de nascuti vii, era cu mult inferioara mediei uniunii Europene in 1996 {5,4}.

Indicii de moarte din cauza bolilor cardio-vasculare si din cauza cancerului sunt cei mai ridicati din Uniunea Europeana.

Incidenta SIDA, estimata la 31,6 de noi cazuri la un milion de locuitori, era inferioara mediei Uniunii Europene in 1996 {42,7}, dar cu mult mai ridicata fata de tarile din Europa de Nord.

Consumul de tutun atinge niveluri foarte ridicate fata de cele din Uniunea Europeana: 49,5% la barbati {37,4%} si 40,1% la femei care fumeaza de mai bine de 15 ani.

Consumul de alcool era superior mediei europene din 1992, cu 11,8 litri pe an {10,4}.

Programul de promovare a sanatatii creat in 1989 pune pe primul plan de prioritati prevenirea cancerului, bolilor cardiovasculare, accidentele si bolile mentale.

Finantarea si organizarea sistemului de sanatate

1. Structura sistemului

Sistemul de sanatate danez se caracterizeaza printr-o puternica descentralizare: responsabilitatea organizarii si gestiunii ofertei de ingrijiri este rezervata celor 14 comitate (tinuturi) si celor 275 municipalitati (inclusiv Copenhaga si Frederiksberg). Comitatele, a caror populatie oscileaza intre 300000 si 500000 de locuitori, sunt deserviti de sectorul spitalicesc, serviciile de ingrijiri primare si initiative de promovare a sanatatii; finantate in principal prin impozite locale (cota parte pe impozitul pe venit si impozitul funciar). Municipalitatile sunt responsabile de serviciile de asistenta la domiciliu si de programele preventive ca si marea majoritate a sistemului de protectie sociala. Sustinerea administrativa a consiliilor administrative si municipalitatilor este asigurata prin directorii serviciilor spitalicesci la nivel de comitat si prin asistentii lor.

Ministerul Sanatatii, principala autoritate in domeniu, are responsabilitatea coordonarii sistemului de sanatate; ca de altfel si acordarea de autorizatii in domeniul medicamentelor si de acreditare profesionala a sanatatii. Rolul ministerului se limiteaza la liniile directive si recomandari; actiunile concrete si modalitatile de aplicare sunt decise in urma negocierilor cu asociatiile si municipalitatile. Ministerul realizeaza, pe de alta parte, planificarea ansamblului de servicii curative si preventive, masurand si fixand obiectivele de realizat.

Ingrijirile primare sunt asigurate printr-o metoda unica – „Sygesikring” (Asigurari medicale). Afierea este obligatorie. Utilizatorii pot alege intre doua regimuri de asigurari pentru serviciile ambulatorii.

In „grupa 1”, accesul la serviciile secundare de sanatate este intermediat de medicina din primul recurs (de tipul medicina de familie) unde utilizatorii trebuie sa fie inscrisi, si tarifele medicale sunt administrate.

Pacientii din „grupa 2” pot consulta generalistul sau specialistul la alegere, dar onorariile sunt libere si pacientul nu beneficiaza decat de o rambursare partiala.

Aceasta explica faptul ca marea majoritate a populatiei (peste 95%) apartine grupei 1. Aproximativ 20% din populatia daneza posedea si asigurare privata, sub forma unei asigurari voluntare aferindu-le o acoperire complementara pentru ingrijiri speciale.

Performantele in Danemarca, serviciile de prevenire se desfasoara printr-un arsenal de programe de depistare, de ingrijiri prenatale, de medicina preventiva prescolara si de imunizare la bolile infectioase. Sistemul cuprinde, in aceeasi masura, cu titlu gratuit, sterilizarea si avortul in primele 12 saptamani de sarcina.

2. Finantarea sistemului

In 1997, 83% era asigurata prin incasari publice, in principal impozite prelevate de Stat si colectivitatile teritoriale (comitate si municipalitati). Restul fiind acoperit prin participarea utilizatorilor la costuri (15%), si, in proportie mica (mai putin de 2%), din asigurari private.

Coplată se aplică în principal la îngrijirile stomatologice și la medicamente, și, pentru pacienții din grupa 2, ca parte din onorariu în funcție de tarifele aferente. Participarea la costuri a crescut într-un ritm rapid în cursul ultimilor 10 ani, mai ales pentru serviciile stomatologice. Pentru medicamentele prescrise, participarea la costuri reprezintă mai puțin de 8% din prețul produsului. Modalități concrete de coplată sunt prevăzute în aceeași măsură pentru aparatele medicale și pentru îngrijiri acordate în casele medicale pentru persoane în vârstă.

Tarifele pentru medicina din ambulatoriu sunt negociate între Asociația de consiliere medicală” și „Asociația medicilor generalisti”, și se supune aprobării guvernului. Generalistii sunt remunerați pe deoparte urmând formula capitalizării, dar în principal în funcție de numărul de acte. Pacienții grupului 2 achită onorarii superioare, și diferența rămâne nerambursabilă rămâne sau o suportă personal.

Îngrijirile stomatologice sunt gratuite până la vârsta de 18 ani. Apoi, pacienții suportă efectiv o parte din cheltuieli. Participarea la costuri și ridicată pentru îngrijiri de refacere. Protezele nu sunt în general rambursate. Stomatologii sunt remunerați pe act, după baremul de onorarii negociat între asociațiile respective.

Spitalele sunt finanțate de municipalități, după un sistem de plată pe act sau pe caz ajustat conform specialităților din 1993.

Medicamentele sunt rambursate pe baza unei liste pozitive stabilită de către Ministerul Sănătății. Pe de altă parte, un sistem de preturi de referință, ce acoperă în jur de o treime din vânzarile totale de produse farmaceutice, a fost instituit în anul 1993.

3. Personalul medical în sistem:

Numărul total al medicilor titulari a crescut sensibil în cursul ultimilor ani densitatea a fost stabilită în 1994 la 29.0 pentru 10 000 de locuitori – media europeană (28.1), În 1994 numărul medicilor generalisti a fost notabil inferior mediei UE. Densitatea altor profesioniști din sănătate este de asemenea inferioară mediei europene. (vezi Tab.7)

Tab.7. Dimensiunea efectivului de profesioniști care lucrează în domeniul sănătății în Danemarca

Profesioniști în domeniul sănătății	Densitatea la 10 000 locuitori	Media în cadrul UE	Anul
Medici titulari	29	28	1994
Medici generalisti	6	8	1994
Specialiști și consultanți	2	11	1994
Stomatologi	5	6	1994
Infirmeri calificați	67	70	1993
Farmacisti	2	8	1994

Priorități actuale

Sistemul de sănătate danez pare să funcționeze într-o manieră satisfăcătoare, în ceea ce privește așteptările populației, organizarea și finanțarea. Inițiativele locale joacă un rol important, tot așa cum susținerea locală este considerată ca a fi esențială pentru garantarea adeziunii cetățenilor la

modificarile proiectate si la implementarea lor cu succes. Anumite initiative luate la nivel local sfarsesc prin a se generaliza la nivelul tarii, precum serviciul apelului de urgenta pentru ingrijirile de infirmerie.

Nici o schimbare majora nu este programata, modificarile sau reamenajarile anterioare punand accent pe imbunatatirea sistemului de sanatate de stat si pe prevenirea bolilor.

Consiliul National de Sanatate a pus pe picioare un program ce vizeaza elaborarea unui ghid de bune practici, bazat pe analiza sistematica a datelor obtinute stiintific. Initiative similare au fost lansate si de catre alte state membre UE.

Eforturile de reglementare a cheltuielilor de sanatate sunt axate pe cresterea participarii la costuri, care este inca slaba (cu exceptia ingrijirilor stomatologice) in raport cu media UE.

FINLANDA

Sistemul de sanatate finlandez se caracterizeaza printr-o planificare publica si o finantare sprijinita in mare masura pe fiscalitate. Acest sistem ofera o larga gama de servicii medicale.

Administrarea, planificarea si gestiunea ofertei serviciilor medicale se afla de mult timp in responsabilitatea a 455 de municipalitati (cu o populatie medie de 11 000 de locuitori). Pe de alta parte planificarea serviciilor medicale fac obiectul unei centralizari la nivelul Ministerului Afacerilor Sociale si de Sanatate. Reforma din anul 1993 a dus la o diminuare a interventiei statului.

Serviciile medicale intalnesc o larga apreciere in randul populatiei finlandeze. In urma unei anchete din anul 1993 s-a constatat ca un procent de 86.4% din finlandezi se declara foarte satisfacuti sau satisfacuti de sistemul lor de sanatate.

Ultimul deceniu a fost marcat de delegarea puterii de decizie in materie de sanatate la nivel local in corelatie cu diminuarea interventiei directe a statului.

Populatia si starea de sanatate

In anul 1997 *populatia* Finlandei numara 5.1 milioane de locuitori, din care 25.4% tineri sub 20 de ani (media UE-24.6%), si 15.4% persoane in varsta de peste 65 ani, procent comparativ apropiat cu media UE-14.6%. Proportia persoanelor de peste 75 de ani estimata la 5.8% si inferioara mediei UE-6.1% Imbatranirea populatiei este mai putin rapida in Finlanda decat in alte tari ale Europei de Nord.

Speranta de viata in anul 1996 a fost de 80.5 ani pentru femei (UE-80.2) si de 73 ani pentru barbati (UE-73.9).

Mortalitatea infantila a fost estimata la 4 decese la 1 000 de nascuti vii in anul 1994 si este inferioara mediei UE (5.1).

Rata deceselor cauzate de bolile cardiovasculare prezinta un nivel ridicat in special la barbati.

Incidenta SIDA a fost estimata in 1996 la 4.5 noi cazuri diagnosticate la un million de locuitori.

Consumul de alcool a fost in anul 1992 de 11.8 litri pe persoana, superior in comparatie cu media UE de 10.4 litri.

In 1992 *consumul de tutun* a fost inferior mediei UE pentru ambele sexe :33% la barbati si 20% la femei toti fumatori de mai mult de 15 ani, (media UE 37.4%-barbati, 25.1%-femei).

Finantarea si organizarea sistemului de sanatate

1. Structura sistemului

Ministerul Afacerilor Sociale si de Sanatate, responsabil de politica sociala si de politica de sanatate, fixeaza prioritatile nationale. Ministerul stabileste liniile directoare in cadrul unui plan pe patru ani, elaboreaza reforme si urmareste punerea lor in practica. Consiliul de Securitate de Baza este insarcinat cu controlul nivelului serviciilor oferite de municipalitate in domeniul social si cel medical. In practica insa rolul sau este marginalizat.

Din anul 1997 Finlanda este divizata in 5 provincii, plus regiunea autonoma insulele Aland.

Responsabilitatea ofertei de sanatate, administrarea serviciilor medicale si implementarea politicii de sanatate este delegata celor 455 de municipalitati dotate cu un consiliu ales prin vot universal. Consiliile au competenta de a ridica un impozit proportional cu venitul in vederea finantarii serviciilor medicale. Finantarea este completata prin subventii de la stat. Procesul decizional difera de la o municipalitate la alta. Tendinta generala este aceea de delegare a responsabilitatii la nivel ierarhic inferior, de exemplu consiliilor sanitare.

Pentru planificarea serviciilor spitalicesti secundare si tertiare tara este divizata in 21 de districte, spitalul universitar din Helsinki formeaza o entitate distincta. In cadrul fiecarui district spitalicesc, municipalitatile se asociaza pentru a dirija spitalele care sunt in proprietatea federatiei. Fiecare district este dotat cu un consiliu unde membrii sunt numiti de catre municipalitati si un consiliu spitalicesc desemnat de consiliul districtului.

Institutul de Asigurari Sociale, atasat Parlamentului finlandez este insarcinat cu rambursarea contravalorii medicamentelor, a serviciilor medicale private si a serviciilor de medicina muncii.

2. Finantarea sistemului :

Finantarea ingrijirii sanatatii alaturi de serviciul social este in principal asigurata de municipalitate- 33% din ansamblul fondurilor. Municipalitatea colecteaza un impozit variabil asupra veniturilor, media fiind de 17%. Subventiile de la stat si finantarile din fiscalitatea generala reprezinta 29%. Partea ramasa neacoperita de regimul national de securitate sociala se ridica la 13% si este acoperita din surse private si din participarea directa a pacientilor la costuri. Contributia asigurarilor private este limitata (2%).

Cotizatiile la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sunt finantate atat de angajatori cat si de angajati.

Casa Nationala de Asigurari de Sanatate plateste 50% din costul medicamentelor prescrise ce depasesc un minim determinat anterior.

Coplata se aplica in principal in domeniul ingrijirilor stomatologice, si la plata medicamentelor, dar municipalitatile au in prezent autorizatia de a impune o participatie la costuri pentru anumite servicii ambulatorii, sau anumite ingrijiri spitalicesti, in urma stabilirii unor tarife in limitele fixate de guvern.

Medicii generalisti din centrele de sanatate sunt fie salariati fie renumerati conform unei formule combinate 60% salariu, plata pe pacient (20%), plata pe baza de documente, indemnizatii locale (5%). Tarifele sunt negociate intre Uniunea medicilor si asociatiile municipalitatilor.

Districtele spitalicesti, aplica un mecanism de reglare, bazat pe un fond de solidaritate, alimentat prin contributii ale populatiei locale, capabil sa acopere costurile rezultate din riscurile individuale. Personalul din spitale este salariat.

3. Personalul medical in sistem

Densitatea medicilor titulari in 1994 a fost de 26.9 pentru 10 000 locuitori fata de media UE de 28.1. La nivel national, densitatea infirmierilor calificati este mult superioara mediei UE. Numarul de stomatologi si de farmacisti este de asemenea ridicat in raport cu UE. (Tab.8)

Tab.8. Dimensiunea efectivului de profesioniști care lucrează în domeniul sănătății în Finlanda

Profesioniști în domeniul sănătății	Densitatea la 10 000 locuitori	Media în cadrul UE	Anul
Medici titulari	27	28	1994
Medici generalisti	12	8	1994
Specialisti si consultanti	15	11	1994
Stomatologi	9	6	1994
Infirmieri calificati	200	70	1993
Farmacisti	14	8	1994

Prioritati actuale

Unul din principalele obiective ale reformei în domeniul sănătății este acela de a reduce interventia statului în administrarea serviciilor medicale, și în același timp consolidarea delegării responsabilității la nivel local.

Rolul municipalitatilor, nu este încă bine definit în noul cadru care se formează pe piața îngrijirilor medicale, cadru organizat astfel, încât, teoretic să se poată manifesta concurența între furnizori. De altfel majoritatea municipalitatilor nu dispun de priceperea necesară în materie de negocieri.

Sistemul de sănătate finlandez se află într-o fază de tranziție. Schimbarea modalităților de organizare și de finanțare a serviciilor stărnește încă numeroase întrebări în special asupra mijloacelor de consolidare a concurenței între furnizorii de servicii medicale și asupra măsurilor de eficientizare a raportului cost-eficacitate.

FRANTA

Modelul sistemului de sănătate francez se remarcă prin natura sa hibridă, rezultată dintr-o combinație complexă între sectorul privat și cel public din punct de vedere al ofertei și al finanțării. Sistemul este fondat pe asigurări de sănătate obligatorii, și completat într-o mare măsură de asigurării voluntare private.

Acoperirea este cvasiuniversală. Atât sectorul spitalicesc cât și medicina ambulatorie oferă o vastă gamă și un volum aproape nelimitat de servicii de sănătate și pacienții se bucură de o

libertate totala de consultare. Sistemul pare performant din punctul de vedere al asteptarilor populatiei. In termeni de speranta de viata si de mortalitate, Franta se claseaza in primele randuri in cadrul UE. Sanatatea publica prezinta totusi puncte slabe, cum ar fi incidenta SIDA care este foarte puternica, consumul de alcool si tutun. Mortalitatea difera mult in functie de clasa sociala lucru ce ingrijoreaza din ce in ce mai tare.

Cresterea cheltuielilor cu sanatatea si adancirea deficitelor securitatii sociale, combinate cu incetinirea cresterii economice, persistenta unei rate ridicate a somajului, si imbatrinirea populatiei constituie o preocupare majora. Sistemul francez este unul dintre cele mai raspandite in UE. Politicile de dominatie a cheltuielilor vizeaza limitarea ofertei.

Populatia si starea de sanatate

In anul 1997 *populatia* Frantei numara 58.5 milioane de locuitori. Franta se incadreaza in media europeana la repartizarea pe categorii de varsta astfel: 26% tineri sub 20 de ani (media UE-24.6%), si 15.4% persoane in varsta de peste 65 ani, procent comparativ apropiat cu media UE-15%. Proportia persoanelor de peste 75 de ani estimata la 6.6% si relativ ridicata fata de media UE-6.1% , dar conform studiilor se asteapta o rata de 8.2% in anul 2020 care este inferioara mediei europene prevazute la 8.9%.

In jur de 75% din populatia franceza se afla concentrata intr-un numar restrans de zone urbane. Doar in capitala sunt 9 milioane de locuitori, alte mari orase cum ar fi Lille, Lyon sau Marseille numara peste un milion de locuitori.

Speranta de viata in anul 1996 a fost de 82.0 ani pentru femei (UE-80.2) si de 74.1 ani pentru barbati (UE-73.9). Se observa ca ambele valori sunt ridicate fata de media UE.

Franta prezenta in 1993 cea mai joasa *rata a mortalitatii* din cadrul UE si anume 6.7 decese la 1 000 locuitori (UE-8.2).

Mortalitatea infantila a fost estimata la 4.9 decese la 1 000 de nascuti vii in anul 1994 si este inferioara mediei UE (5.4).

Bolile cardiovasculare si de cancerul reprezinta principalele cauze de deces. Rata mortalitatii masculine cauzate de cancer este foarte ridicata. Pentru femei cauza principala de deces o reprezinta bolile cardiovasculare.

Incidenta SIDA a fost estimata in 1996 ramane inca foarte ridicata- 72 noi cazuri diagnosticate la un million de locuitori.

Indicele DMF al sanatatii in domeniul stomatologic a fost in 1993 de 2.1. Aceasta cifra este superioara mediei UE-1.9

Consumul de alcool este ridicat in Franta si a fost estimat in anul 1992 la 15.7 litri pe persoana, net superior in comparatie cu media UE de 11.2 litri. In prezent 63% din barbati si 30% din femei consuma cel putin un pahar de alcool pe zi.

In 1992 *consumul de tutun* a fost superior mediei UE pentru barbati si inferior pentru femei :38% la barbati si 20% la femei toti fumatori de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-barbati, 25.1%-femei).

Inegalitatile sociale sunt marcante. Riscul unei morti premature este mai ridicat pentru categoriile defavorizate si pentru muncitorii necalificati.

Finantarea si organizarea sistemului de sanatate

1. Structura sistemului

Statul joaca rolul cel mai important in cadrul sistemului de sanatate francez. Acesta isi asuma responsabilitatea pentru protectia tuturor cetatenilor. Guvernul central se ocupa de sanatatea populatiei in general si in ansamblu de sistemul de protectie sociala, controland relatiile intre diferitele organisme financiare, exercitand tutela sa asupra sectorului spitalicesc public si organizand pregatirea profesionala in domeniul sanatatii. Ministerul Muncii si Solidaritatii si Secretarul de Stat pentru sanatate, asistati de organisme precum Agentia medicamentului formeaza baza politicii de sanatate la nivel national. Inaltul Comitet de Sanatate Publica prezidat de Ministrul Sanatatii fixeaza obiectivele de sanatate publica. Agentia Nationala de Acreditare si Evaluare in Sanatate (ANAES) are misiunea de evaluare a practicilor medicale, a calitatii si a performantelor stabilite de sectorul de sanatate public si privat.

La nivel regional, cele 22 de Directii regionale ale problemelor de sanatate si sociale (DRASS) implementeaza planificarea echipamentelor sanitare si sociale si asigurarea urmarirea ei prin « carduri sanitare » care fixeaza numarul de paturi pe specialitatii si pe zone si stabileste reguli pentru instalarea echipamentelor medicale costisitoare.

Sistemul asigurarii sociale de sanatate obligatorii are o acoperire cvasiuniversala.

2. Finantarea sistemului

Finantarea sistemului de sanatate se bazeaza in principal pe cotizatii din partea angajatorilor si din partea salariatilor, ce reprezentau in 1994, 12.8% din venitul brut (firmele) si 6.8% din salariu (angajatii). Pensionarii contribuie cu un procent inferior.

Sistemul de asigurari de sanatate francez acopera in proportie de 74% cheltuielile totale din domeniul sanitar. O cota de 6.8% din cheltuieli este acoperita de mutualitate si 5% de asigurari private. Fiscalitatea contribuie cu mai putin de 3%, in timp ce participarea directa a pacientilor la costuri se ridica la mai mult de 13%.

Asigurarile de sanatate joaca un rol major in fixarea tarifelor pentru furnizorii de ingrijiri de sanatate private. Guvernul determina nivelul de finantare al spitalelor publice.

Spitalele publice sunt finantate prin alocatii globale calculate la nivelul cheltuielilor din anul precedent. Serviciile sunt platite pe o baza zilnica. Personalul spitalelor publice este salariat la fel si cel din institutiile private si este in general renumerat pe baza documentelor.

Spitalele prvate sunt finantate dupa o formula ce combina pretul pe zi de spitalizare cu plata pe baza documentelor.

In cadrul sectorului ambulatoriu medicii sunt renumerati pe baza documentelor conform unor tarife conventionale.

Medicamentele rambursabile sunt cuprinse intr-o lista. Preturile si proportia coplatii sunt stabilite prin decret ministerial. Produsele OTC cu vanzare libera care nu sunt rambursabile nu sunt reglementate de catre stat. Procentul de participare a pacientilor la costuri este in medie de 20% , dar variaza de la zero (pentru medicamentele de stricta necesitate) pana la 65% pentru medicamentele de confort. Nu exista plafon bugetar pentru cheltuielile cu medicamentele.

3. Personalul medical in sistem

Densitatea medicilor titulari in 1994 a fost de 29 pentru 10 000 locuitori numar superior fata de media UE de 28.1. Numarul specialistilor este egal cu cel al generalistilor. Proportia medicilor in ansamblul personalului sanitar -9.5% in anul 1992 eeste considerabil inferior mediei UE (15).Sistemul sufera de o lipsa acuta de infirmieri calificati, meseria de infirmier nefiind printre cele favorite in Franta.(vezi Tab.9)

Tab.9.Dimensiunea efectivului de profesioniști care lucreaza in domeniul sanatatii in Franta

Profesionisti in domeniul sanatatii	Densitatea la 10 000 locuitori	Media in cadrul UE	Anul
Medici titulari	29	28	1994
Medici generalisti	14	8	1994
Specialisti si consultanti	14	11	1994
Stomatologi	7	6	1994
Infirmieri calificati	57	70	1993
Farmacisti	10	8	1994

Prioritati actuale

Stabilizarea asigurarii de sanatate, care este considerabil scazuta datorita incetinirii economice si cresterii somajului, detine primul loc in ordinea prioritaticilor. Cautarea unui echilibru intre diferitele sisteme de ingrijiri ramane o prioritate. Masurile se orienteaza catre rationalizarea si reducerea structurilor in cadrul cardurilor sanitare, astfel sunt orientate catre controlul difuzarii tehnologiilor medicale de varf.

Introducerea principiului de dezvoltare globala in sectorul spitalicesc pare ca a reusit sa limiteze cresterea cheltuielilor, dar tentativele de a controla cheltuielile in sectorul ingrijirilor medicale primare au intampinat o puternica ostilitate din partea opiniei publice si a medicilor cu libera practica.

Unul din proiectele in curs, vizeaza limitarea cheltuielilor in sectorul ambulatoriu si fixeaza obiective nationale insotite de sanctiuni colective sau individuale in cazul depasirii plafoanelor.

Agentia Nationala de Acreditare si Evaluare in Sanatate (ANAES) asigura dezvoltarea de programe de asigurari de calitate si de evaluare a tehnologiilor medicale in Franta. Introducerea dosarelor medicale are in vedere evitarea prescriptiilor excesive.

GERMANIA

Intre 1945 si 1990, Germania a fost divizata in doua state, unul de vest si unul de est, in cadrul carora sistemul de sanatate se baza pe conceptii practic opuse. Democratia liberala a dat model de organizare si mod de finantare sistemului vest-german, in timp ce sectorul de sanatate in Germania orientala era fondat pe planificare si control centralizat.

Dupa reunificare, sistemul de sanatate a fost reformat in vederea adaptarii la structura financiara si organizationala vest-germana.

Modelul german este bazat pe asigurare sociala obligatorie. Sistemul nu a cunoscut transformari fundamentale de la fondarea sa de catre Bismark in anul 1883.

Acoperirea este completa si garanteaza egalitate la acces si un volum important de servicii medicale avansate. Majoritatea cetatenilor germani se declara foarte satisfacuti sau satisfacuti de sistemul lor de sanatate.

Acest succes este atributul unei puternice descentralizari a procesului decizional astfel ca eficacitatea sistemului de negociere intre furnizorii de servicii medicale si cei care platesc la nivel central, guvernamental si local.

Cu toate acestea sistemul de sanatate se confrunta cu importante probleme. Imbatranirea populatiei ameninta stabilitatea principiului de distributie pe care este bazata securitatea sociala.

Populatia si starea de sanatate

In anul 1997 *populatia* Germaniei numara 82 milioane de locuitori. Procentajul tinerilor este comparativ salb fata de media europeana : 21.6% tineri sub 20 de ani (media UE-24.6%), in schimb proportia persoanelor in varsta de peste 65 ani este de 15.3%, procent comparativ apropiat cu media UE-15%. Proportia persoanelor de peste 75 de ani estimata la 6.2% si relativ ridicata fata de media UE-6.1% ,dar conform studiilor se asteapta o rata de 10.6% in anul 2020 care este de asemenea superioara mediei europene prevazute la 8.9%.

Speranta de viata progresa intr-un ritm diferit in est si vest, ea a crescut mai rapid in est, pentru a stagna intre anii 70-80, in timp ce continua sa se amelioreze in vest. In anul 1993 speranta de viata masculina a fost estimata la 73.4 ani in vest, si doar la 70.3 ani in est. Pentru femei ea s-a ridicat la 79.7 ani in vest si de 77.7 ani in est. Aceasta diferenta se explica in principal prin incidenta bolilor cardiovasculare datorate modului diferit de alimentatie, si conditiilor de viata din vest, precum si nivelului diferit de difuzare a tehnologiilor medicale de varf.

In Germania unificata *speranta de viata* era inferioara mediei europene in anul 1995: 73.6 ani pentru barbati (73.9 ani-UE)si 79.9 ani pentru femei (media UE-80.2).

Rata a mortalitatii infantile afiseaza o valoare relativ scazuta fata de media UE (5.4) si anume 5.0 decese la 1 000 de nascuti.

Rata deceselor datorate bolilor aparatului circulator si sinuciderilor este superioara mediei europene.

Incidenta SIDA stabila de la inceputul anilor 90 a fost estimata in 1996 la 18.4 noi cazuri diagnosticate la un million de locuitori.

Indicele DMF al sanatatii in domeniul stomatologic este unul dintre cel mai ridicat din UE : 4.1 la copii de 12 ani (media UE-1.9).

Consumul de alcool a fost estimat în anul 1991 la 14.2 litri pe persoană, net superior în comparație cu media UE de 11.2 litri.

În 1992 *consumul de tutun* a fost apropiat mediei UE pentru bărbați -36.8% și sensibil inferior pentru femei-21.5% toți fumători de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-bărbați, 25.1%-femei).

Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate

1. Structura sistemului

Organizarea și finanțarea îngrijirilor de sănătate în Germania se sprijină pe principii tradiționale de solidaritate socială, de descentralizare și de autoreglare. Rolul guvernului central se limitează la a furniza cadrul legislativ al sistemului de sănătate, în timp ce responsabilitățile executive sunt în mare parte rezervate administrațiilor Landurilor. La nivel federal instituția cheie este Ministerul Federal de Sănătate, asistat de diferite organisme științifice. « Consiliul Consultativ de Acțiune Colectivă » formulează recomandări și oferă opinii asupra întrebărilor ce apar în domeniul medical și economic în cadrul sistemului de sănătate.

Regimul legal acoperă aproape 88% din populație. Afilierea este obligatorie pentru muncitorii al căror venituri sunt inferioare plafonului. În 1997, 75% din populație era afiliată la asigurarea în cadrul sistemului obligatoriu, și 13% asigurați voluntar. La una din cele aproximativ 600 de case de asigurări de sănătate. Pentru un procent de 10% din populație asigurările sunt acoperite de către angajatori în timp ce populația care dispune de venituri foarte ridicate se asigură la una din cele 45 de companii private de asigurare. Mai puțin de 0.5% din populație nu beneficiază de nici un fel de protecție.

Casele de asigurări de sănătate sunt organizate pe districte, pe profesii sau pe grupe de firme. Salariații își pot alege casa de asigurări.

2. Finanțarea sistemului

În jur de 60% finanțarea este acoperită din asigurările obligatorii și voluntare de stat, 21% din fiscalitate, 7% din asigurările private și 11% prin participare directă la costuri.

Cotizațiile către casele de asigurări sunt plătite în părți egale atât de salariați cât și de angajatori. Valoarea medie a cotizației se ridică în anul 1997 la 13.5%.

În cadrul sistemului german există o strictă separare între casele de asigurări de sănătate și furnizorii de îngrijiri de sănătate. Onorariile sunt fixate printr-un proces de negociere descentralizat între principalii intermediari din sectorul de sănătate.

Spitalele publice sau private indexate pe carduri sanitare stabilite de către Landuri sunt finanțate printr-un sistem dual. Astfel investițiile sunt suportate de către Landuri, iar cheltuielile de exploatare revin în sarcina caselor de asigurări de sănătate. Din anul 1996 cheltuielile de exploatare sunt suportate de către casele de asigurări conform unei formule combinate de plată pe patologie (de tip GHM), plată pe baza documentelor, și tarif pe zi de spitalizare. Acest sistem vizează reducerea duratei medii a sejurului. În cazul pacienților care detin o asigurare de sănătate privată serviciile spitalicești sunt achitate conform unor baremuri distincte. Coplata în materie de servicii spitalicești a cunoscut o creștere progresivă în ultimii ani.

Ingrijirile in cadrul sectorului ambulatoriu sunt finantate conform unui proces complex de negociere intre reprezentantii caselor de asigurari de sanatate si asociatiile medicilor si ale stomatologilor. Pentru a le fi acoperite cheltuielile medicii sunt obligati sa adere la aceste asociatii.

Principalul mod de renumerarea medicilor generalisti, specialistilor si a stomatologilor de catre casele de asigurari de sanatate este pe baza documentelor. Exista un barem general « norma de evaluare uniforma ». Valoarea monetara efectiva este negociata la nivel regional, ajustata la venitul global al medicilor. In sectorul medicinei ambulatorii pacientilor nu le este solicitata nici un fel de participare. In schimb coplata pentru serviciile stomatologice poate ajunge la 100%.

Exista un preturi uniforme pentru medicamente. Majoritatea produselor sunt rambursate pe baza unui pr t de referinta. Medicii sunt liberi sa prescrie un produs mai scump dar diferenta de pr t este suportata de pacient.

3. Personalul medical in sistem

Numarul medicilor stabilit la nivelul anului 1994 este de 32.8 la 10 000 locuitori, destul de ridicat fata de media europeana.(28.1). Sistemul german sufera de mult timp de lipsa unui numar suficient de infirmieri profesionisti .(Tab.10)

Tab.10.Dimensiunea efectivului de profesionisti care lucreaza in domeniul sanatatii in Germania

Profesionisti in domeniul sanatatii	Densitatea la 10 000 locuitori	Media in cadrul UE	Anul
Medici titulari	33	28	1994
Medici generalisti	11	8	1994
Specialisti si consultanti	19	11	1994
Stomatologi	7	6	1993
Infirmieri calificati	48	70	1993
Farmacisti	5	8	1994

Prioritati actuale

Asigurarea sociala este de mult timp in centrul dezbaterilor politice in Germania. Adancirea deficitului caselor de securitate sociala ce a urmat reunificarii, a exersat o presiune considerabila asupra economiei nationale. Echilibrul in cadrul sistemului de asigurari sociale ramane inca de prima prioritate.

Dispozitiile legislative recente au instaurat doua mecanisme de stapanire a cheltuielilor: unul vizeaza consolidarea supervizarii cheltuielilor la nivel central, altul, dezvoltarea procesului de autoreglare prin autorizarea caselor de asigurari in materie de achizitionare de servicii si stimulare a concurentei intre furnizori. Altfel spus sistemul greman de sanatate se situeaza la rascruce intre reglementare din partea statului si descentralizarea finantarii si organizarii ingrijirilor de sanatate.

O asigurare dependenta a fost instaurata in 1995/96 in scopul de a contrabalansa efectele imbatranirii populatiei asupra dezechilibrului (scaderea incasarilor si cresterea cheltuielilor) balantei asigurarilor sociale.

Casele de asigurari de sanatate confera puterea de a controla oferta de ingrijiri de sanatate si de a anula contractele cu furnizorii considerate ineficiente, lucru care stimuleaza concurenta intre furnizorii de servicii medicale.

In urma recente reformei din sectorul finantarii spitalelor, sistemele de renumerare a serviciilor ambulatorii sunt azi reexamine, in vederea orientarii lor la fel si activitatea medicala. Discutiile in curs denota interesul pentru sistemele de finantare alternative implementate in cadrul retelei de ingrijiri medicale coordonate si al «ingrijirilor medicale administrate» (managed care). Asociatiile federale ale caselor de asigurari de sanatate se straduiesc sa promoveze metodele si inovarile eficace in materie de diagnostic si de ingrijiri curative tehnic avansate.

GRECIA

Sistemul de sanatate grec, fondat pe principiul asigurarii sociale obligatorii, este finantat prin impozit si intr-o mai mica masura prin cotizatii din venituri. Asadar, acest sistem nu se incadreaza in nici o categorie omogena, cum se spune « pur » de tip Beveridgean sau Bismarckian. Participarea sectorului privat, atat la finantare cat si la oferta de ingrijiri medicale este foarte importanta. Simultan, sistemul este supus unei puternice reglementari din partea guvernului central.

Sistemul national de sanatate grec (ESY) a fost creat in anul 1983, in acelasi timp in care alte tari din sudul Europei isi implementau propriile servicii nationale de sanatate. Sistemul, bazat pe o reforma a serviciilor sanitare existente are ca finalitate imbunatatirea accesului la ingrijiri, franarea dezvoltarii sectorului privat, dezvoltarea ingrijirilor primare la fel ca si participarea comunitara, si revizuirea conditiilor de lucru ale medicilor din spitale. Totusi, sistemul de sanatate grec nu a fost decat partial implementat si vechile structuri exista in continuare practic fara modificari.

Problemele traditionale ale sistemului grec de sanatate raman aceleasi: inegalitatea accesului la ingrijiri, distribuirea inegala a ofertei (concentrata in mediul urban) si cresterea cheltuielilor. Anumiti indicatori ai sistemului de sanatate de stat prezinta valori destul de satisfacatoare, dar nivelul de satisfactie al utilizatorilor este foarte scazut: doar 18.4% se declara foarte multumiti sau multumiti de sistemul lor de sanatate. Schimbarile structurale sunt impiedicate de lipsa consensului intre responsabilii politici, partenerii sociali si organizatiile medicale si profesionale.

Populatia si starea de sanatate

Populatia Greciei se ridica in anul 1997 la 10.5 milioane de locuitori. Proportia tinerilor sub 20 de ani a fost stabilita la 24% inferioara mediei europene-24.6%, Persoanele cu varsta peste 65 ani reprezinta 16.4%, cifra comparativ ridicata cu media UE-15%. Proportia celor de peste 75 ani a fost estimata la 6.2% (media UE-6.1%). Se asteapta in anul 2020 o crestere pana la 9.2%.

Speranta de viata a progresat pentru ambele sexe in cursul ultimilor ani. In 1996 a fost de 75.1 ani pentru barbati (73.9 ani- UE) si de 80.4 ani pentru femei (80.2 ani-UE) ceea ce plaseaza Grecia pe primul loc in cadrul UE. Intervalul de mortalitate intre cele doua sexe (5.3 an) este destul de mic in comparatie cu alte state membre.

Rata mortalitatii este relativ mica: 7.2 la 1 000 locuitori in 1993 (8.2-UE).

Rata a mortalitatii infantile afiseaza cea mai ridicata valoare fata de media UE (5.7) si anume 8.1 decese la 1 000 de nascuti vii.

Bolile cardiovasculare si cancerul constituie principalele cauze de deces in Grecia, dar incidenta cancerului ramane inferioara celei inregistrate in alte tari europene.

Incidenta SIDA a fost estimata in 1996 la 24.8 noi cazuri diagnosticate la un milion de locuitori-relativ mica fata de medie (42.7).

Indicele DMF al sanatatii in domeniul stomatologic a fost stabilit in 1990 la 2.1 la copii de 12 ani (media UE-1.9).

Consumul de alcool a fost estimat în anul 1989 la 2.3 litri pe persoană, net inferior în comparație cu media UE de 11.2 litri.

În 1992 *consumul de tutun* a fost relativ ridicat față de media UE în special la bărbați -57% și la femei-24% toți fumători de mai mult de 15 ani, (media UE 37.4%-bărbați, 25.1%-femei) .

Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate

1. Structura sistemului

Ministerul Sănătății și al Prevederii definește politica de sănătate la nivel național. Acesta reglementează oferta și finanțarea serviciului național de sănătate, și asigură accesul categoriilor defavorizate la serviciile sanitare și sociale. Consiliul Central de Sănătate (KESY), alcătuit din reprezentanți ai profesioniștilor din sănătate (medici în principal), și ai utilizatorilor, se află în slujba ministerului și oferă recomandări și opinii asupra politicii de sănătate și a cercetării medicale.

Sistemul național de sănătate este împărțit în 13 regiuni și 52 districte. Fiecare district cuprinde cel puțin un spital. Centrele spitalicești universitare sunt amplasate în șapte regiuni. Legislația din 1983 a angajat un proces de descentralizare implementat în 176 centre sanitare rurale.

Nici programele de creare de centre sanitare urbane, nici proiectele de înființare a consiliilor regionale de sănătate în vederea îmbunătățirii gestiunii, planificării serviciilor și favorizării unei oferte adecvate nevoilor locale nu sunt concretizate. Câteva inițiative vizează transferul administrării sistemului către regiuni și districte.

O mare parte din populație este acoperită de către 300 case de asigurări de sănătate autonome administrate ca organisme publice. Angajații sunt afiliați la casele de asigurări de sănătate în funcție de categoria socioprofesională.

Institutul de Asigurări Sociale (IKA) acoperă peste 50% din populație, în principal orășeni, muncitori, funcționari și cadre. Organizația Asiguraților din Agricultură (OGA) cuprinde 25% din populație (din mediu rural), și Casa Comercianților, a Industriștilor, și a Micilor Întreprinzători (TEVE-TAE) acoperă 13% din populație.

Statul acoperă 9% din populație în timp ce restul sunt asigurați de numeroase mici case de asigurări. Numărul celor asigurați de către IKA se află în creștere constantă.

Gama serviciilor de bază precum și valoarea impozitelor sunt strict reglementate de către guvernul central. Prestarea serviciilor variază sensibil conform caselor de asigurări de sănătate, IKA oferă formula cea mai completă care include stomatologie și oftalmologie. Marea majoritate a caselor mici de securitate socială oferă asigurări complementare.

2. Finanțarea sistemului

Sistemul este alimentat parțial prin fiscalitate și parțial prin cotizații sociale. O dată cu introducerea serviciului național de sănătate în anul 1983, sistemul grec s-a îndepărtat de modelul Bismark pentru a evolua către o variantă de tip Beveridge.

IKA, principala casă de asigurări de sănătate este finanțată prin cotizații asupra veniturilor, platite în parte de salariați și în parte de către angajatori. Proporția este fixată de către guvernul central. Cotizațiile sunt completate din bugetul central. OGA este finanțată în totalitate de către stat. Nu există o graniță financiară netă între casele de securitate socială și stat.

Spitalele publice din serviciul national de sanatate (ESY) sunt in principal finantate de catre bugetul statului (70% din veniturile spitalelor) si doar intr-o mica masura de catre casele de asigurari de sanatate (30%) care incheie contracte de servicii spitalicesti pentru asiguratii lor. Plata serviciilor se bazeaza pe tarife pe zi care au crescut considerabil de la inceputul anilor 90. Personalul din spitalele publice este salariat. Spitalele care nu apartin de ESY (de exemplu spitalele militare, si spitalele IKA) precum si spitalele private sub contract cu casele de asigurari sunt finantate pe baza tarifului pe zi, si in plus un onorariu pentru anumite tratamente. Tarifele sunt fixate de catre Ministerul Sanatatii supus aprobarii Ministerului Muncii si Securitatii Sociale. Spitalele private sunt finantate printr-o formula combinata intre rambursari facute de catre casele de asigurari de sanatate, asigurari voluntare si plati directe.

Regimul national nu prevede participarea la costuri in caz de spitalizare, dar slabiciunile serviciului public creeaza o veritabila piata paralela de ingrijiri de sanatate. Platile « pe sub mana » in spitalele publice si private sunt curente.

Cazurile de imbolnaviri joaca un rol semnificativ in finantarea serviciilor de ingrijiri de sanatate ambulatorii in Grecia. Medicii din spitalele IKA, primesc un salariu pentru serviciile primare si cele stomatologice pe care acestia le ofera. Pe de alta parte medicii privati care au contracte cu casele de asigurari pentru ingrijiri primare sunt platiti pe baza documentelor. Un anumit numar de servicii furnizate de catre medici clientilor privati sau de catre centrele de diagnostic sunt achitate direct de catre pacienti .

Listele de medicamente pozitive sau negative nu sunt practicate de catre toate casele de asigurari de sanatate. Preturile de referinta sunt fixate de catre Ministerul Comertului pe baza celui mai mic pret de referinta inregistrat in UE. In cazul in care pacientii beneficiaza de aceste compensatii coplata se ridica in medie la 25% din valoare.

3. Personalul medical in sistem

Numarul medicilor stabilit la nivelul anului 1994 este de 38.8 la 10 000 locuitori, foarte de ridicat fata de media europeana.(28.1). Puternica proportie de medici in ansamblul personalului de sanatate-30.7% in 1992, mai mult decat dublul mediei europene-15.1%-este rezultatul unei proaste planificari a resurselor umane. Densitatea infirmierilor este inferioara mediei europene. (Tab.11)

Tab.11. Dimensiunea efectivului de profesionisti care lucreaza in domeniul sanatatii in Grecia

Profesionisti in domeniul sanatatii	Densitatea la 10 000 locuitori	Media in cadrul UE	Anul
Medici titulari	39	28	1994
Medici generalisti	13	9	1990
Specialisti si consultanti	21	13	1992
Stomatologi	10	6	1994
Infirmieri calificati	36	70	1993
Farmacisti	8	8	1994

Prioritati actuale

Sistemul de sanatate grec prezinta numeroase disfunctionalitati pe care reformele din 1983 nu au reusit sa le corecteze. Vom retine totusi una dintre realizările cele mai semnificative si anume crearea centrelor sanitare rurale ale ESY.

La rang de preocupare principala se ridica multiplicarea surselor de finantare, costul metodelor de renumerare a serviciilor, repartitia geografica inechitabila a serviciilor de sanatate, centralizarea puterii de decizie imbinata cu neadecvarea la nevoile locale, defectul de coordonare intre furnizorii publici si cei privati si ineficienta ofertei de ingrijiri medicale datorata nedelegarii responsabilitatilor manageriale si absentei planificarii si urmaririi sistematice.

Sugestiile de reforma dezbatute in 1994,1995 si 1996 vizeaza imbunatatirea eficientei sistemului asupra planului de finantare si a celui de furnizare a serviciilor. Sugestiile pun accent pe ingrijirile medicale primare, participarea serviciilor sociale, a serviciilor de proximitate si a sectorului asociativ si infiintarea unui sistem de « medici de familie ». Este prevazuta unificarea caselor de asigurari de sanatate si consolidarea gestionarii serviciului national de sanatate la nivelul intregii tari precum si la nivel regional sau districtual. Imbunatatirea si consolidarea capacitatilor de gestiune a spitalelor sunt de asemenea la ordinea zilei.

Gradul mediocru de satisfacere a utilizatorilor, bazat pe rezultatul anchetelor efectuate subliniaza necesitatea imperioasa a unei reforme.

Totusi, experienta istorica arata ca implementarea reformelor adesea a fost intampinata de ostilitatea opiniei publice si a profesionistilor din sistemul de sanatate, precum si de interese politice divergente avand ca rezultat o continua amanare a reformelor din cadrul politicii de sanatate.

IRLANDA

Sistemul de sanatate irlandez este fondat pe fiscalitate, un control public central si acces universal la ingrijiri. Contrar cu ceea ce se intampla in Serviciul National de Sanatate britanic, dreptul la prestari in totalitate GRATUITE este bazat pe aprobarea resurselor si pe felul in care populatia este divizata in doua categorii.

In jur de 35% din populatie se incadreaza in prima categorie, care include cele mai scazute venituri. Cetatenii din prima categorie au dreptul la o gama completa de servicii gratuite. Majoritatea populatiei (65%) se regaseste in cea de a doua categorie, si plateste direct cheltuielile in cadrul serviciului medical ambulatoriu, sau detin o asigurare voluntara de sanatate. In caz de spitalizare intr-un asezamant public, pacientii din a doua categorie trebuie sa achite un prêt fix modic pe zi. Aproape o treime din irlandezi (jumătate din membrii celei de a doua categorii) au aderat la asociatia asigurarilor de sanatate voluntara (VHI Board), organism fondat in 1957 .

Daca majoritatea indicatorilor de sanatate ai populatiei irlandeze afiseaza inca valori inferioare mediei europene, este mai putin cunoscuta o ameliorare notabila in cursul ultimelor decenii. Cresterea rapida a economiei este acompaniata de o crestere a cheltuielilor de sanatate, insa parte din PIB consacrata sanatatii se situeaza sub media UE.

Gradul de satisfactie al utilizatorilor este apropiat de media europeana : 49.9% din irlandezi se declara foarte satisfacuti sau satisfacuti de sistemul lor de sanatate (media UE-50.3%). Strategiile puse in practica in vederea ameliorarii performantelor sistemului de sanatate sunt axate pe planificarea, organizarea si furnizare de ingrijiri medicale mai de graba decat pe o problematica de finantare.

Populatia si starea de sanatate

Populatia in Irlanda se ridica in anul 1997 la 3.55 milioane de locuitori. Irlanda se diferentiaza de alte state membre prin faptul ca proportia tinerilor sub 20 de ani a fost stabilita la 33% net

superioara mediei europene-24.6%, Persoanele cu varsta peste 65 ani reprezinta 11.3%, cifra comparativ redusa fata de media UE-15%.Proportia celor de peste 75 ani a fost estimata la 4.7% (media UE-6.1%).Se asteapta in anul 2020 o crestere pana la 9.1%. Rata somajului este ridicata .In 1994, 9% din populatia irlandeza era fara loc de munca.(media UE-4.7%)

Speranta de viata este inferioara mediei UE pentru ambele sexe . In 1996 a fost de 78.5 ani pentru femei(80.2ani- UE) si de 73.2 ani pentru barbati (73.9ani-UE)

Rata mortalitatii este relativ ridicata: 9.0 la 1 000 locuitori in 1993 (8.2-UE).

Rata a mortalitatii infantile afiseaza o valoare apropiata fata de media UE (5.4) si anume 5.5 decese la 1 000 de nascuti vii.

Rata deceselor datorate bolilor cardiovasculare este cea mai ridicata din UE.

Incidenta SIDA a fost estimata in 1996 la 25 noi cazuri diagnosticate la un million de locuitori-relativ mica fata de medie (42.7).

Indicele DMF al sanatatii in domeniul stomatologic a fost stabilit in 1990 la 2.7 la copii de 12 ani (media UE-1.9).

Consumul de alcool a fost estimat in anul 1990 la 9 litri pe persoana si la 11.2 litri in 1994-(media UE de 11.2 litri).

In 1992 *consumul de tutun* a fost relativ ridicat fata de media UE in special la femei -30% si la barbati -30% toti fumatori de mai mult de 15 ani, (media UE 37.4%-barbati, 25.1%-femei).

Finantarea si organizarea sistemului de sanatate

1. Structura sistemului

Nucleul sistemului de sanatate irlandez este constituit din regimul national aplicabil populatiei din prima categorie, in virtutea faptului ca veniturile acestora sunt cele mai joase, astfel in jur de 35% din irlandezi beneficiaza de o gama completa de servicii gratuite. Eligibilitatea acestei categorii depinde de venit, de numarul de persoane, de varsta si de alti factori. Accesul la ingrijiri necesita prezentarea cardului medical, distribuit prin directiile sanitare regionale. Ingrijirile primare sunt acordate gratuit in cadrul unui regim general de servicii medicale. Pentru pacientii din cea de a doua categorie,toate ingrijirile ambulatorii sunt platite.

Pana la un anumit prag cheltuielile cu medicamentele sunt rambursabile independent de veniturile asiguratilor. Ingrijirile spitalicesti sunt in totalitate gratuite pentru pacientii din prima categorie, in timp ce pacientii din cea de a doua categorie ei trebuie sa achite un pret modic pe zi.

Anumite ingrijiri de sanatate cum ar fi tratamentele pentru bolile infectioase si majoritatea serviciilor din medicina scolara sunt acordate gratuit tuturor pacientilor.

Regimul national se concentreaza asupra categoriei mai putin instarite.Asociatia asigurarilor de sanatate voluntare si organizatia BUPA Irlanda, creata mai recent, au preluat asigurarea suplimentara de sanatate. Asigurarea de sanatate privata este reglementata de Legea din 1994 a asigurarii de sanatate care dispune ca prima de asigurare care este platita contra unei game de servicii, trebuie sa fie independenta de varsta, sex si riscurile asigurate. Primele sunt fixate pe o baza mutualista care incorporeaza un mecanism de ajustare a riscurilor. In 1994 jumătate din

populatia din cea de a doua categorie detinea o asigurare privata destinata acoperirii cheltuielilor medicale ambulatorii si taxei de spitalizare, sau costul serviciilor din spitalele private.

Sistemul de sanatate irlandez este foarte centralizat. Ministerul Sanatatii este responsabil cu securitatea sociala, dezvoltarea politicii de sanatate si planificarea serviciilor sanitare la nivel national.

Ministerul Sanatatii este asistat de Directia spitalelor si Directia sanitara nationala pentru problemele relevante din politica de sanatate si functionarea serviciilor sanitare. De la 1960, autoritatile locale nu jucau nici un rol direct in elaborarea politicilor de sanatate.

La nivel regional, serviciile sunt administrate de catre opt directii sanitare regionale, care deservesc fiecare intre 200 000 si 1.2 milioane de locuitori. Fiecare directie sanitara este calcatuita din un administrator general ales la nivel local, responsabili desemnati de catre minister si reprezentanti ai profesionistilor din sanatate, angajati de catre directie. Numeroase organizatii voluntare care joaca un rol impotant in in sectorul sanitar si social si directiile regionale sunt autorizate prin legea din 1970 a serviciilor de sanatate.

2. Finantarea sistemului

Guvernul exercita un control bugetar riguros asupra cheltuielilor de sanatate publica. Bugetele directiilor sanitare regionale sunt fixate anual tinand cont de factorii demografici si de resursele sanitare din fiecare regiune.

Sistemul este finantat in proportie de 78% din fonduri publice Participarea la cheltuielile medicale acopera in jur de 13.5% din cheltuieli. Finantarea publica se sprijina in principal pe impozit precum si pe cotizatia la asigurarile de sanatate care se ridica la 1.25% din venitul brut. Cetatenii incadrati in prima categorie sunt scutiti de plata acestei cotizatii.

Finantarea spitalelor este administrata de catre directiile sanitare regionale si se sprijina pe un buget pe termen lung. Spitalele publice administrate de organizatiile voluntare, primesc bugetul direct de la Ministerul Sanatatii. Participarea la taxele de spitalizare este modica priveste doar pe pacientii din cea de a doua categorie. In 1993 Ministerul Sanatatii a introdus un mecanism de ajustare in functionare a "mix-cazurilor" tratate in procesul de alocare a resurselor destinate marilor spitale. Spitalele private se sprijina in mod esential pe pacientii detinatori ai unei asigurari voluntare precum si pe platile directe.

Medicii care lucreaza in spitalele publice sunt salariati. Consultantii sunt renumerati conform unui contract colectiv pentru pacientii din categoria I (pacientii din categoria II isi regleaza platile separat). Generalistii sunt renumerati pe numar de pacienti de catre directiile sanitare regionale in cadrul unui regim general de servicii medicale. Aceasta plata pe pacient tine cont de parametrii cum sunt : varsta , sexul, situatia geografica a pacientilor si include un prèt fix pentru cheltuielile generale.

Pentru ingrijirile acordate pacientilor din a doua categorie plata se face pe act. Baremul onorariilor este negociat intre Asociatia irlandeza a medicilor si Ministerul Sanatatii.

Stomatologii angajati de catre directiile sanitare sunt salariati. Stomatologii care lucreaza independent sunt renumerati dupa acte, dupa un barem negociat intre Asociatia Irlandeza a stomatologilor si Ministerul Sanatatii. Ingrijirile stomatologice acordate pacientilor din categoria I sunt gratuite, exceptand o participare modica pentru refacerea dintilor.

Medicamentele prescrise sunt distribuite gratuit pentru pacientii din prima categorie. Acestea se afla pe o lista pozitiva care in 1993 cuprindea 3 100 de produse. Un sistem de coplati este prevazut doar pentru pacientii din categoria II. Preturile sunt fixate de catre Ministerul Sanatatii prin referire la preturile practicate in alte cinci state membre ale UE.

3. Personalul medical in sistem

Ministerul Sanatatii controleaza ansamblul personalului medical angajat de catre directiile sanitare. Acest control asupra resurselor umane a luat amploare practic in cea de a doua jumatate a anilor 80. Proportia medicilor titulari in ansamblul personalului de sanatate, stabilit la nivelul anului 1990 este de 9.9%, semnificativ mai redusa decat media europeana-15.1%. Raportul dintre specialisti si generalisti este stabilit practic- treime la doua treimi. Numarul stomatologilor este putin ridicat, numarul infirmierilor este apropiat mediei europene. (Tab.12)

Tab.12. Dimensiunea efectivului de profesionisti care lucreaza in domeniul sanatatii in Irlanda

Profesionisti in domeniul sanatatii	Densitatea la 10 000 locuitori	Media in cadrul UE	Anul
Medici titulari	20	28	1994
Medici generalisti	5	8	1994
Specialisti si consultanti	3	11	1994
Stomatologi	4	6	1993
Infirmieri calificati	74	70	1993
Farmacisti	3	8	1994

Prioritati actuale

Comisia pentru finantarea serviciilor de sanatate, creata in anul 1987 pentru a raspunde controverselor politice aparute datorita presiunii cheltuielilor publice, rapid a ajuns la concluzia ca solutia pentru problemele intalnite in serviciile de sanatate irlandeze nu consta atat intr-o modificare a modului de finantare, cat intr-o reforma a planificarii si organizarii structurilor de ingrijiri de sanatate. Apelurile sunt ridicate in favoarea unei mai bune reprezentari a utilizatorilor, a unei gestionarii mai eficiente a informatiei precum si a controlului furnizorilor de servicii.

Din cand in cand, cateva initiative au fost lansate in vederea imbunatatirii serviciilor acordate in sectorul spitalicesc, si consolidarii coordonarii si integrarii serviciilor spitalicesci si ambulatorii, conform cu initiativa Spitalului Dublin

Problema listelor de asteptare este prioritara, atunci cand pacientii interesati nu poseda asigurare privata. Dispozitii au fost luate in favoarea unei mai mari implicari manageriale in sistemul sanitar public.

ITALIA

Serviciul national de sanatate italian (Servizio Sanitario Nazionale-SSN) a fost instaurat in anul 1978, cu scopul de a asigura accesul universal si gratuit la ingrijirile de sanatate. Finantarea

sistemului este in mod esential publica, combinand fiscalitatea cu asigurarile sociale.Oferta de ingrijiri este mixta (publica si privata).Diferit de modelul britanic din care s-a inspirat SSN este foarte descentralizat.Parlamentul fixeaza nivelul minim de servicii care trebuie sa fie garantat pe ansamblul tarii, si precizeaza conditiile in care utilizatorii pot recurge la sectorul privat.Implementarea, planificarea, finantarea si controlul sistemului de sanatate revin in responsabilitatea a 21 de regiuni din care este formata tara. Sistemul sufera de o puternica diviziune si de un defect de coordonare centrala in mare parte atribuit unei traditii politice caracterizate printr-o succesiune rapida a formatiunilor guvernamentale cu diverse orientari.

Serviciile de sanatate italiene sunt considerate inferioare nivelului mediu UE.Inegalitatile de repartizare a resurselor sanitare sunt foarte pronuntate intre Nord si Sud, in detrimentul regiunii de sud. Cum mijloacele alocate sanataii sunt totusi foarte importante in termeni de infrastructura si de resurse umane, este necesar a se concluziona ca sunt alocate si utilizate intr-o maniera inadecvata si ineficienta.

In comparatie cu cetatenii altor tari europene, italienii par mai ales nemultumiti de sistemul lor de sanatate si anchetele recente scot in evidenta o crestere a insatisfactiei in ceea ce priveste sectorul public de sanatate.

Fata de esecul masurilor de reorganizare a serviciilor de sanatate, in principal in Italia de Sud, cei responsabili au angajat la finele anului 1993 o reforma –care si astazi este in curs de desfasurare-care vizeaza remedierea problemei cronice a deficitelor si ameliorarea eficientei structurilor de ingrijiri de sanatate.

In pofida dificultatilor intalnite in calea consolidarii sistemului de sanatate si persistenta inegalitatilor si a problemelor de eficienta, indicatorii de sanatate ai populatiei italiene sunt buni. Italia dispune pe de alta parte de competente medicale de prim plan in anumite domenii.

Populatia si starea de sanatate

Populatia in Italia se ridica in anul 1997 la 57 milioane de locuitori. Italia se caracterizeaza printr-o imbatranire pronuntata a populatiei astfel proportia tinerilor sub 20 de ani a fost stabilita la 21% inferioara mediei europene-24.6%, Persoanele cu varsta peste 65 ani reprezinta 16.4%, cifra comparativ ridicata fata de media UE-15%.Proportia celor de peste 75 ani a fost estimata la 6.2% (media UE-6.1%).Se asteapta in anul 2020 o crestere pana la 10.7%. Rata de crestere a populatiei este una din cele mai slabe din UE

Daca facem exceptie de la o mortalitate infantila net superioara mediei europene, indicatorii de sanatate pe global sunt favorabili. *Speranta de viata* a fost estimata in anul 1996 la 74.9 ani pentru barbati (73.9ani-UE) si de 81.3 ani pentru femei (80.2ani- UE)

Rata mortalitatii a fost estimata la: 7.1 la 1 000 locuitori in 1993 (8.2-UE).

Rata a mortalitatii infantile afiseaza o valoare considerabil scazuta in ultimele decenii si anume 5.8 decese la 1 000 de nascuti vii (media UE- 5.4).

Principalele cauze de deces sunt bolile cardiovasculare si cancerul. *Rata deceselor* cauzate de traumatisme sau otraviri a fost estimata in 1994 la 16.7 pentru 100 000 de locuitori ..

Incidenta SIDA a fost estimata in 1996 la 91.8 noi cazuri diagnosticate la un million de locuitori-este cea mai ridicata dupa Spania (media UE-42.7).

Indicele DMF al sanatatii in domeniul stomatologic a fost stabilit in 1990 la 4.9 la copii de 12 ani (media UE-4.4), marcheaza o ameliorare dar ramane in continuare ridicat.

Consumul de alcool a fost estimat in anul 1992 la 10.7 litri pe persoana - (media UE de 11.2 litri).

In 1992 *consumul de tutun* a fost relativ ridicat fata de media UE pentru ambele sexe la femei - 26% si la barbati -38% toti fumatori de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-barbati, 25.1%-femei).

Finantarea si organizarea sistemului de sanatate

1. Structura sistemului

Serviciul de Sanatate Italian (SSN) asigura o protectie universala a populatiei. Administrarea sa care se desfasoara la nivel national, regional si local, este criticata pentru greutatea sa birocratica.

Guvernarile regionale si unitatile sanitare locale (USL) formeaza structura de baza a Serviciul de Sanatate Italian.

Italia este divizata in 21 de regiuni care includ si regiunea autonoma Tretin-Haut-Adige, care cuprinde provinciile Trente si Bolzano. Diferitele regiuni sunt decupate in circa 320 unitati sanitare locale, din care 148 spitale publice dar administrate in maniera autonoma. De la sfarsitul anului 1992 unitatile sanitare locale sunt investite cu responsabilitati de gestiune in materie de oferta de ingrijiri medicale. In anumite regiuni activitatile sanitare fac obiectul unei integrari pe orizontala fortate in masura in care USL asigura sau cumpara ansamblul de servicii de sanatate pe un teritoriu dat. USL constituie astfel unitatea de baza a sistemului si centrul activitatii sanitare, dar regiunile exercita o functie directiva prin intermediul unui plan regional foarte bine detaliat.

Implementarea dispozitivelor sanitare la nivel regional este asigurata de consiliul ales prin vot universal ; mecanismele de finantare sunt fixate la nivel local.

Rolul guvernului central este limitat, deoarece regiunile se ocupa de planificarea, finantarea si controlul serviciile de sanatate in teritoriile respective. Doua functii cruciale sunt totusi exercitate la nivel central: determinarea mediilor financiare si alocarea lor pe diferite regiuni in functie de numarul de locuitori (aceasta repartizare este supusa aprobarii Parlamentului) si definirea nivelului minimal de servicii care trebuie asigurat de catre regiuni. Consiliul National de Sanatate compus din reprezentanti ai guvernului, ai regiunilor, ai administratiei centrale, ai profesionistilor din sanatate si ai sindicatelor, este prezidat de catre ministrul sanatatii si asistat de guvern prin reprezentantii sai.

2. Finantarea sistemului

Finantarea sistemului de sanatate este in majoritate publica, 40.8% se sprijina pe asigurari sociale si 37.5% pe impozit. Diferenta este finantata prin cheltuieli private care rezulta in principal din coplata serviciilor SSN. O reforma introdusa in 1993 promoveaza asigurarea suplimentara.

Partea cotizatiilor de sanatate in finantarea sistemului ramane foarte importanta, chiar daca legea din 1978 care a instituit serviciul national de sanatate, pledeaza pentru desfiintarea lor. Teoretic angajatorii platesc 9.6% din venitul brut si salariatii 0.9% dar taxele efective sunt variabile.

Prelevarile fiscale si alocatiile de la buget se decid la nivel national, dar regiunile dispun de o autonomie de gestiune considerabila , ceea ce implica posibilitatea de a elibera excedentele pentru a le reinvesti sau pentru a acoperi deficitele.

Fluxurile financiare sunt impartite intre autoritatile regionale si cele locale, care isi asuma dubla functie de cumparator de ingrijiri si de distribuitor de ingrijiri spitalicesti cand se asociaza cu spitalele. Spitalele care se insereaza in SSN sunt retribuite pe act, cheltuielile lor sunt acoperite de catre USL. Ele sunt remunerate conform unei formule ce combina parametrii istorici si tarifele GHM. Spitalele private care au contract cu regiunile sunt remunerate de catre USL. Structurile ingrijirilor private sunt autorizate mai ales cand sectorul public lipseste. Plata in sectorul privat se face pe baza unui pret pe zi potrivit pentru pacientii spitalizati, si pe baza de act pentru ingrijirile externe.

Generalistii si pediatrii care isi exercita profesiunea in mod liber sunt remunerati in functie de numarul de pacienti pentru ingrijirile primare. O reforma recenta a introdus remunerarea pe baza de act pentru unele operatii minore si o participare a pacientilor la cheltuielile medicale in cadrul ingrijirilor ambulatorii specializate. Personalul din spitalele publice angajat in general de catre SSN, este salariat.

Criteriile de rambursare a medicamentelor prescrise sunt in general definite prin referire la o lista pozitiva spitalele utilizeaza doar medicamentele indexate pe liste de produse recomandate. Pacientii platesc 50% din pretul medicamentelor din categoria B in medicina ambulatorie sau in cadrul ingrijirilor spitalicesti externe. Medicamentele din categoria A, prescrise in cazul bolilor grave sau cronice sunt practic gratuite. In orice caz, diverse grupe de asigurati sociali sunt scutiti de participarea la costuri.

3. Personalul medical in sistem

Densitatea medicilor titulari la 10 000 locuitori, la nivelul anului 1994 era net superioara fata de media UE. Numarul stomatologilor este la acelasi nivel cu media UE, in timp ce numarul infirmierilor calificati este net inferior. (Tab.13)

Tab.13.Dimensiunea efectivului de profesionisti care lucreaza in domeniul sanatatii in Italia.

Profesionisti in domeniul sanatatii	Densitatea la 10 000 locuitori	Media in cadrul UE	Anul
Medici titulari	53	28	1994
Medici generalisti	n.d.	8	1994
Specialisti si consultanti	5	12	1993
Stomatologi	6	6	1992
Infirmieri calificati	41	70	1992
Farmacisti	10	8	1992

Prioritati actuale

In cursul ultimilor ani, eforturile sunt indreptate catre gestionarea ofertei de ingrijiri, unitatile sanitare locale s-au dezvoltat si spitalele au obtinut un statut autonom. Cum reforma din 1993 nu

este inca finalizata este prea devreme pentru a aprecia rezultatele obtinute pe planul echitatii, al eficientei si stapanirea cheltuielilor. Responsabilii par mai mult preocupatii de echilibrul bugetar decat de imbunatatirea ingrijirilor medicale. Primele observatii indica faptul ca unitatile sanitare locale au cunoscut o serie de dificultati de gestionare. Viitorul sectorului privat ramane incert caci rationamentul ingrijirilor a indus mai mare utilizare a serviciilor de sanatate private dar nu atat incat sa stimuleze oferta.

Insatisfactia persistenta la nivelul serviciului public i-a facut din ce in ce mai mult pe italieni sa isi indrepte atentia catre asigurarile private de sanatate. Serviciile din sectorul privat se bucura de apreciere publica gratie unei mai bune prestatii in special in domeniul non-medical, cum ar fi restaurarea.

Consolidarea autonomiei regionale antreneaza cresterea rezistentei la redistribuirea incasarilor intre regiuni, ceea ce nu face decat sa accentueze puternica inegalitate de repartizare a resurselor sanitare intre nord si sud. In ciuda numeroaselor tentative de reforma, Italia nu dispune tot timpul de o veritabila strategie de reducere a inegalitatilor din sistemul de sanatate.

Presiunile exercitate asupra Serviciului national de sanatate italian raman considerabile si perspectivele evolutiei incerte. Pe de o parte se confrunta la diferite nivele cu responsabili girati de partidele politice care se bucura de o autonomie considerabila, pe de alta parte de o directie centrala prea slaba pentru a impulsiona un proces de schimbare durabil si coerent.

LUXEMBURG

Majoritatea populatiei din Luxemburg beneficiaza de asigurare de sanatate obligatorie, organizata in jurul a 9 case de asigurari de sanatate conform regimurilor de solidaritate profesionala. Cotizatiile sunt asociate veniturilor si sunt platite in mod egal atat de angajatori cat si de salariatii.

Principalele diferente in organizarea ingrijirilor de sanatate, in raport cu alte state membre constau in faptul ca toate serviciile medicale sunt acordate de medici ce isi exercita profesia in mod liber.

Partea ingrijirilor medicale specializate este foarte importanta. Majoritatea locuitorilor Luxemburgului se declara satisfacuti de sistemul lor de sanatate. Adancirea deficitului caselor de asigurari si a spitalelor face din reforma in finantarea asigurarilor de sanatate o problema cruciala.

Populatia si starea de sanatate

Populatia in Luxemburg se ridica in anul 1997 la 412 000 de locuitori. Piramida pe varste prezinta valori apropiate de mediile europene astfel : proportia tinerilor sub 20 de ani a fost stabilita la 23.8% media europeana fiind 24.6%, Persoanele cu varsta peste 65 ani reprezinta 13.8%, cifra comparativ inferioara fata de media UE-15%. Proportia celor de peste 75 ani a fost estimata la 5.3% (media UE-6.1%).Se asteapta in anul 2020 o crestere pana la 8.2%.

Pe global indicatorii de sanatate apar defavorabili in raport cu media UE. *Speranta de viata* este relativ slaba pentru ambele sexe astfel in anul 1995 a fost estimata la 72.6 ani pentru barbati (73.9ani-UE) si de 79.1 ani pentru femei (80.2ani-UE) Diferenta de mortalitate intre sexe (6.5 ani) este net superioara mediei UE (6.4ani).

Rata mortalitatii a fost estimata la: 8.0 la 1 000 locuitori in 1993 (8.2-UE).

Rata a mortalitatii infantile afiseaza o valoare inferioara mediei UE si anume 4.9 decese la 1 000 de nascuti vii in 1996(media UE- 5.4).

Principala cauza de deces o reprezinta accidentele rutiere. *Rata deceselor* cauzate de bolile cardiovasculare pentru ambele sexe este relativ scazuta in timp ce mortalitatea masculina datorata cancerului este superioara mediei UE.

Incidenta SIDA se afla in regresie din 1993 – si a fost estimata in 1996 la 29.3 noi cazuri diagnosticate la un million de locuitori-net inferioara mediei europene (media UE-42.7).

Indicele DMF al sanatatii in domeniul stomatologic a fost stabilit in 1990 la 3.1 la copii de 12 ani (media UE-3.1).

Consumul de alcool a fost estimat in anul 1990 la 14.7 litri pe persoana ceea ce reprezinta cel mai ridicat nivel din UE - (media UE de 11.2 litri).

In 1992 *consumul de tutun* a fost net superior fata de media UE pentru ambele sexe la femei - 26% si la barbati -38% toti fumatori de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-barbati, 25.1%-femei).

Planul «Sanatate pentru toti» lansat de catre guvernul Luxemburgului acorda prioritate diminuarii numarului de decese precoce si evitabile, precum si imbunatatirea generala a starii de sanatate a populatiei.

Finantarea si organizarea sistemului de sanatate

1. Structura sistemului

Plasate sub tutela Ministerului Muncii si Securitatii Sociale, casele de asigurari de sanatate administrate prin reprezentanti alesi de catre furnizorii de ingrijiri si asiguratii sociali. Casele de asigurari sunt organizate in jurul unui organism central responsabil cu evidenta conturilor precum si a platilor catre furnizori. Tarifele sunt negociate intre casele de asigurari si furnizori de ingrijiri medicale. Alcatuit din presedintii si vicepresedintii tuturor caselor de asigurari de sanatate organismul central a fost constituit in anul 1994 in vederea stabilirii unui buget global. Pentru a respecta acest buget, organismul central poate reglementa acordurile cu furnizorii si modifica proportia participarii la plata medicamentelor sau cotizatiile la asigurarile de sanatate.

Organizarea serviciilor de sanatate se afla in responsabilitatea Ministerului Sanatatii. Asociatia spitalelor din Luxemburg sfatuieste ministrul in materie de planificare si organizare a serviciilor spitalicesti.

Sistemul de asigurari de sanatate obligatorii acopera majoritatea populatiei; anumite categorii sunt asigurate la case de asigurari speciale pe categorii profesionale. Asiguratii nu isi pot alege singuri casa de asigurari (afilierea se face automat in functie de statutul socioprofesional). Nivelul prestatiei pentru sanatate este uniform si fixat de catre guvern.

Acoperirea suplimentara oferita de catre asigurarile mutuale este in general limitata. Acestea sunt utilizate in special pentru ingrijirile stomatologice precum si pentru taxele suplimentare de spitalizare legate de conditii speciale de cazare sau altele. In anul 1992 doar 1% din populatie detinea o asigurare de sanatate privata, dar acest procent se afla in crestere in ultimii ani.

2. Finantarea sistemului

Finantarea sistemului este dominat de cotizatiile la casele de asigurari de sanatate, care reprezinta in jur de 5% din venitul brut (2.5% platit de catre angajatorii si 2.5% de catre salariati). Nivelul cotizatiile este fixat de catre Uniunea Caselor de Asigurari de Sanatate (UCM). In anul 1995, 60% din incasari au fost alcatuite din cotizatiile la casele de asigurari de sanatate. Subventiile de la stat se ridica la 31% iar diferenta provine din plati directe si asigurari private.

Ca regula generala casele de asigurari de sanatate ramburseaza pacientilor sumele, dar si alte metode de plata cum ar fi plata furnizorilor de catre casele de asigurari sunt prevazute in anumite cazuri.

Finantarea spitalelor (publice si private) a trecut in 1995 de la tariful pe zi la stabilirea unui buget, negociat pentru fiecare spital intre Uniunea Caselor de Asigurari de Sanatate si spitale. Aceste bugete nu cuprind salariile medicilor, care continua sa fie platite pe baza actelor (un singur spital a scapat de aceasta regula). Serviciile de maternitate sunt platite pe baza unor taxe. Guvernul preia in jur de 80% din cheltuielile de infrastructura si pastreaza la un anumit nivel investitiile. Pacientii spitalizati achita un pret pe zi destinata acoperirii cheltuielilor de restaurare.

In cadrul ambulatoriu medicii sunt remunerati pe baza de act. Baremul onorariilor este fixat in cadrul conventiilor dintre asociatiile medicilor si casele de asigurari de sanatate.

Stomatologii sunt platiti de asemenea pe baza de act dupa tarife negociate intre asociatiile stomatologilor si casele de asigurari de sanatate. Participarea la costul protezelor dentare este fixata la 20% din tariful convenit. Totusi aceasta participare nu este retinuta pentru persoanele care justifica faptul ca au consultat anual in scop preventiv un stomatolog in cursul ultimilor doi ani.

In ceea ce priveste medicamentele , coplata se ridica la 8% din pretul produsului. Un mic numar de produse sunt trecute pe o lista negativa (nu exista o lista pozitiva a medicamentelor compensate). Introducerea unui sistem de preturi de referinta este luata in considerare .

Pentru anumite medicamente preturile sunt aliniate la tarifele practicate in Belgia, dar preturile pentru alte produse nu sunt reglementate. Asociatiile medicilor si farmacistilor au stabilit o « lista de transparenta » (care permite comparatia produselor pe planul compozitiei si al pretului) in vederea imbunatatirii eficientei prescriptiilor.

3. Personalul medical in sistem

Numarul medicilor titulari -21.6 pentru 10 000 locuitori in 1994- este inferior mediei europene-28.1 majoritatea sunt specilisti. Proportia medicilor in totalul personalului de sanatate se ridica la 11.1% in 1991 (media UE-3.5%)(Tab.14)

Tab.14.Dimensiunea efectivului de profesionisti care lucreaza in domeniul sanatatii in Luxemburg

Profesionisti in domeniul sanatatii	Densitatea la 10 000 locuitori	Media in cadrul UE	Anul
Medici titulari	22	28	1994
Medici generalisti	8	8	1994
Specialisti si consultanti	13	13	1994
Stomatologi	5	6	1993
Infirmieri calificati	68	86.8	1994(OMS)
Farmacisti	9	8	1994

Prioritati actuale

Ultima mare reforma din 1992 a avut in vedere in principal reorganizarea caselor de asigurari de sanatate. Avand in vedere cresterea deficitului caselor problema finantari a devenit prioritara. Subventiile statului au fost limitate intre timp la maximum 40% din cheltuielile totale de sanatate. In cazul depasirii vor trebui gasite noi surse de finantare.

Reforma din 1992 nu a atacat in mod sistematic problema organizarii ingrijirilor de sanatate de lunga durata si finantrea lor, problema care ramane o preocupare majora a populatiei din Luxemburg.

Crearea unei retele de centre de sanatate si de centre de geriatrie este o problema cruciala datorita lipsei de infirmieri. A existat o tentativa de a transforma centrele de ingrijiri de scurta durata in centre de ingrijiri de lunga durata. Ministerul Sanatatii a intreprins o actiune de imbunatatire a serviciului de vizite la domiciliu pentru persoanele in varsta in scopul de a preveni spitalizarile

sistematice. Programele de ingrijire la domiciliu sunt dezvoltate si consolidate prin intermediul autoritatilor locale.

OLANDA

Sistemul de sanatate olandez juxtapune asigurarea sociala cu cea privata. Prima acoperea 62% din populatie in 1993 iar cea de a doua 31%.Un regim national de asigurare pentru cheltuieli medicale speciale.(Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten- AWBZ) care acopera riscurile catastrofice, bolile cronice, invaliditate, ingrijiri psihiatrice.Sectorul privat in scop nelucrative, si liberii profesionisti joaca un rol semnificativ in furnizarea ingrijirilor de sanatate.

Sistemul de sanatate beneficiaza de un larg consens din partea populatiei.In urma rezultatelor unei anchete realizata la nivel european, 72.8% din olandezi se declara foarte satisfacuti sau satisfacuti de sistemul lor de sanatate, fata de media europeana care este de 50.3%.Una dintre fortele sistemului de sanatate olandez rezida in implementarea unei retele complete de ingrijiri ambulatorii si ingrijiri de lunga durata pentru persoanele in varsta. Masurile de stapanire a cheltuielilor aplicate in sectorul farmaceutic se dovedesc deosebit de eficiente, iar partea din PIB consacrata cheltuielilor de sanatate a ramas stabila in cursul anilor 90.

Proiectul propus de catre Comisia Dekker in 1986 a preconizat doua mari axe de reforma : Introducerea unei asigurari obligatorii uniforme si universale pentru ingrijirile si serviciile sociale de baza si implementarea unei concurente organizate pe piata asigurarilor precum si pe cea a ingrijirilor. Reforma urmareste patru obiective: coordonarea finantarii serviciilor de sanatate si a serviciilor sociale, sporirea eficientei serviciilor de sanatate, consolidarea coordonarii intre finantarea si planificarea ingrijirilor de sanatate si favorizarea autoreglarii pietei olandeze de asigurari de sanatate. « Planul Simon » din 1990 s-a inspirat in principiu de proiectul Dekker.Guvernul a prevazut o aplicatie in etape succesive, incepand cu dezvoltare acoperirii regimului general « cheltuieli medicale speciale » pentru anumite riscuri (de exemplu dispozitive medicale si medicamente prescrise in ambulatorii) si continuand cu orientarea catre piata prin transformarea caselor de asigurari de sanatate publice in intreprinderi de risc. Casele de asigurari de sanatate pot incheia contracte cu medicii si farmacistii, pot negocia onorarii diferite de nivelele conventionale acceptate.

Cateva schimbari majore au intervenit in principal pe planul imbunatatirii calitatii serviciilor de sanatate si al inovatiei in gestionarea caselor de asigurari de sanatate. Implementarea reformei se afla totusi in intarziere fata de programul stabilit, datorita complexitatii tehnice si politice a proiectului si rezistentei opuse de catre diverse grupuri de interese.

Populatia si starea de sanatate

Populatia Olandei se ridica in anul 1996 la 15.5 milioane de locuitori, cu o proportie a tinerilor sub 20 de ani usor inferioara mediei UE.

Speranta de viata a fost estimata la 74.7 ani pentru barbati (73.9ani-UE) si de 80.4 ani pentru femei (80.2ani-UE) .

Rata mortalitatii a fost estimata la: 9.0 la 1 000 locuitori in 1993 (8.2-UE).

Rata a mortalitatii infantile afiseaza o valoare de 5.2 decese la 1 000 de nascuti vii in 1996(media UE- 5.4).

Rata deceselor cauzate de bolile cardiovasculare pentru ambele sexe este mult scazuta fata de media UE in timp ce mortalitatea datorata cancerului este mult superioara mediei UE.

Incidenta SIDA se afla in regresie din 1992 – si a fost estimata in 1996 la 25.1 noi cazuri diagnosticate la un million de locuitori-net inferioara mediei europene (media UE-42.7).

Indicele DMF al sanatatii in domeniul stomatologic a fost stabilit in 1990 la 1.7 la copii de 12 ani (media UE-3.1).

Consumul de alcool a fost estimat in anul 1990 la 9.9 litri pe persoana –nivel net inferior mediei UE - 11.2 litri.

In 1992 *consumul de tutun* a fost relativ ridicat fata de media UE pentru ambele sexe la femei - 30.5% si la barbati -42.9% toti fumatori de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-barbati, 25.1%-femei).

Consumul de tutun si alcool s-a diminuat dupa anii 80 si datorita unei campanii de promovare a sanatatii care a inceput in anii 90 astfel s-a interzis prin lege fumatul in locurile publice.

Finantarea si organizarea sistemului de sanatate

1. Structura sistemului

Asigurarea generala pentru cheltuielile medicale speciale(AWBZ) este obligatorie pentru populatie si priveste in mod esential bolile cronice si ingrijirile de lunga durata. Ea a fost completata cu ingrijirile psihiatrice, cu protezele pentru membrele inferioare si dispozitivele medicale in 1989, apoi cu medicamentele prescrise in cadrul ambulatoriu in 1992.Cu toate acestea majoritatea ingrijirilor spitalicesti au ramas excluse.

Asigurarea de sanatate obligatorie (Verplichte Ziekenfondsverzekering-ZFW) este administrata de 40 de case de asigurari de sanatate care acopera circa 60% din populatie. Plafonul de asigurare este inferior celui practicat de catre alte sisteme inspirate din sistemul Bismarck.O parte importanta a populatiei –in jur de 37%-, alcatuita in principal din categoria celor mai instariti si a liberilor profesionisti nu considera avantajos regimul obligatoriu si trebuie sa subscrie la o asigurare privata (Particular Verzekering) in vederea acoperirii ingrijirilor acute, exceptate ca regula de la plata directa.

Functionarii di administratia publica (in jur de 6% din populatie) au propriul lor regim obligatoriu, care foloseste beneficiile in natura pentru o paleta de servicii mai mare decat cea din ZWF.

Asiguratii sociali pot subscrie la o asigurare de sanatate suplimentara (Aanvullende Ziekenfondsverzekering) pentru acoperirea riscurilor necuprinse de catre regimul legal.De fapt 90% din asigurati au contractat asigurari suplimentare pentru ingrijirile stomatologice.

Planificarea si implementarea politicii de sanatate revine ca si responsabilitate Ministerului Sanatatii Publice al Prevenirii si al Sportului (VWS). De asemenea in responsabilitatea acestui minister se regaseste si asigurarea de sanatate obligatorie.Acesta fixeaza cotizatia obligatorie care se vireaza caselor de asigurari de sanatate si se sprijina pe recomandarile Consiliului caselor de asigurari de sanatate. Acelasi minister planifica oferta de ingrijiri de sanatate, acorda autorizatie pentru instalarea tehnologiilor intensive, si pentru crearea unitatilor spitalicesti.Onorariile negociate intre casele de asigurari de sanatate si asociatiile medicilor

suntin egala masura supuse aprobarii Ministerului Sanatatii la fel ca si tarifele utilizate in spitale.Toate deciziile privitoare la buget sunt primite de la Parlament.Consiliul Consultativ National de Sanatate Publica, Consiliul Spitalelor, si Consiliul de Sanatate sunt organizatii cvasi guvernamentale care sunt asistate de catre Ministerul Sanatatii la alegerea lor.

2. Finantarea sistemului

Finantarea sistemului de sanatate este dominata de catre asigurarile sociale, care au preluat 68% din cheltuielile de sanatate in 1992, in timp ce asigurarile private au reprezentat 13.7% din cheltuieli. Diferenta este completata din subventii acordate de catre stat si plati directe ale pacientilor.

Ministerul supune aprobarii Parlamentului un buget global pentru cheltuielile de sanatate.Obiectivele cheltuielilor sunt in egala masura fixate pe diferite sectoare –spitale, centre ambulatorii.

Cotizatiile catre casele de asigurari de sanatate sunt in functie de venituri. O parte este platita de catre angajator (5.15% din venitul brut) si este aproape de cinci ori mai mare decat partea platita de salariati (1.15%). Aceasta formula afecteaza alimentarea fondului central care este impartit intre casele de asigurari in functie de baza lor de clienti si de structura riscurilor pe care acestia le prezinta. Pe de alta parte, asiguratii platesc o taxa modica stabilita de catre fiecare casa de asigurari.Aceste cote reprezentau in 1995 10% din cheltuielile totale de sanatate.Acest dublu mecanism de finantare a caselor de asigurari (prime de asigurari si taxe pe persoana) a fost introdus in anul 1993, pentru inlocuirea vechiului sistem .

Posibilitatile de alegere intre diferitele case de asigurari de sanatate au fost sporite. Acestea intra in concurenta in ceea ce priveste calitatea ingrijirilor si acoperirii in servicii. Sectorul privat de asigurari de sanatate este mai inradacinat intr-o traditie competitiva.In particular asigurarile private stapanesc perfect tehnica competitivitatii prin preturi, prin beneficiile oferite si prin calitatea ingrijirilor.Primele de asigurare sunt stabilite individual pe fiecare asigurat in parte cel mai des in functie de varsta asiguratului.

Onorariile sunt negociate intre casele de asigurari publice sau private si furnizorii de ingrijiri pe baza de contract.Plafoanele tarifare sunt fixate de catre guvernul central dar pot negocia tarife inferioare .

Serviciile spitalicesti sunt finantate printr-un buget global alocat de fiecare consiliu local.Proiectul de buget este calculat pentru fiecare institutie in functie de activitatile prevazute precum si in functie de cheltuielile de personal si investitiile prevazute.Bugetul este calculat de catre Consiliul Central de Control al Tarifelor (COTG). Medicii din spitale sunt remunerati pe baza de act conform unor tarife fixate de catre COTG.

Olanda are o indelungata traditie in domeniul finantarii publice in domeniul ingrijirilor de lunga durata.

Tehnologiile medicale fac obiectul unei evaluari sistematice inainte de a fi acceptate si adoptate in cadrul regimului de asigurari de sanatate.In aceasta privinta cea mai importanta institutie in materie de evaluare a tehnologiilor de sanatate este Consiliul de Sanatate, misiunea lui fiind definita prin lege. Organizatia olandeza de evaluare tehnologica (NOTA) este consiliata de catre Parlament. In paralel evaluarea serviciilor sanitare, in vederea imbunatatirii calitatii lor au luat amploare.

Generealistii care isi exercita profesia in mod liber –clienti privati- sunt remunerati pe client in cazul in care acestia sunt asigurati in cadrul sistemului public si pe act in cazul in care clientii

detin o asigurare privata. Eforturile de a scadea tarifele practicate de catre specialisti nu au avut decat un efect limitat in masura in care ele au fost compensate prin cresterea volumului de servicii.

Medicamentele sunt cuprinse pe o lista pozitiva –ghid al produselor compensate.Un sistem de preturi de referinta a fost instaurat in 1991; aceste preturi sunt stabilite de catre un comitet independent. Diferenta dintre pretul de vanzare al produsului si pretul lui de referinta revine in sarcina pacientului.

Participarea la costuri se ridica in medie la 8% din pretul medicamentelor prescrise. Modalitatile de coplata sunt de asemenea prevazute pentru ingrijirile stomatologice, dispozitivele medicale si sejururile in centrele de sanatate.

3. Personalul medical in sistem

Numarul medicilor titulari este ridicat -29.3 pentru 10 000 locuitori -media europeana-28.1. Densitatea specialistilor era destul de slaba in 1994 si anume 8.7 pentru 10 000 locuitori(media UE-11).In principal Olanda se confrunta cu o lipsa de personal specializat in domenii ca: ortopedie, oftalmologie, reumatologie si psihiatrie.

Densitatea farmacistilor a fost estimata la 1.6 pentru 10 000 locuitori una dintre cele mai scazute din cadrul UE.(Tab.15)

Tab.15.Dimensiunea efectivului de profesionisti care lucreaza in domeniul sanatatii in Olanda

Profesionisti in domeniul sanatatii	Densitatea la 10 000 locuitori	Media in cadrul UE	Anul
Medici titulari	29	28	1994
Medici generalisti	4	8	1994
Specialisti si consultanti	9	11	1994
Stomatologi	2	6	1993
Infirmieri calificati	31	70	1993
Farmacisti	2	8	1994

Prioritati actuale

Sistemul de sanatate Olandez a cunoscut profunde schimbari in cursul ultimilor zece ani. Aceste transformari au fost dictate in principal din preocuparea de a stapani cheltuielile si de a imbunatati eficienta ofertei si cumpararii de servicii de sanatate.Fixarea plafoanelor bugetare pentru cheltuielile totale si sectoriale a fost unul dintre instrumentele privilegiate ale pliticii de reglementare a cheltuielilor de sanatate.

Planul Deker din 1986 a preconizat stabilirea unei « reguli de piata » cu scopul de a imbunatati eficientei alocative si productive. Acest plan nu a fost niciodata integral aplicat.Contractele erau negociate intre casele de asigurari si furnizori, reglementarea si gestionarea serviciilor de sanatate sunt de acum inainte rezervate caselor de asigurari de sanantate.

Pe de alta parte regimul national de asigurare pentru cheltuielile medicale speciale (AWBZ) s-a desfasurat conform recomandarilor planului Dekker in favoarea unei acoperiri universale si a unei largi palete de servicii medicale. AEBZ-ul este supus unui riguros control central.

Problema unei acoperiri uniforme ramane controversata. Coexistenta a doua regime asiguratorii.(regimul legal si asigurarile private) cu variatii in ceea ce priveste calitatea serviciilor de baza si a celor avansate starneste intrebari si chemari catre o mai mare convergenta intre cele doua sisteme.Asigurarea calitatii mobilizeaza toate partidele intr-un efort comun pentru a defini si controla normele de sanatate.

Anumite programe consacrate raportului cost-eficienta si calitatii ingrijirilor medicale sunt deja in derulare , de exemplu programul in domeniul evaluarii tehnologiilor de sanatate.

PORTUGALIA

Serviciul national de sanatate portughez (Servico Nacional de Saude-SNS) a fost instaurat in anul 1979 in scopul de asigura o acoperire in ansamblul populatiei, independent de venituri.Revizuirea constitutionala adoptata in 1989 a revenit asupra principiului de gratuitate totala a SNS in timp ce dispune ca va urma o tendinta de gratuitate in functie de capacitatile financiate ale indivizilor.Finantarea sistemului de sanatate portughez este predominant fiscala, dar anumite servicii continua sa fie acoperite din asigurari sociale.Serviciile de sanatate sunt in majoritate publice.

Cheltuielile de sanatate sunt foarte scazute in comparatie cu media europeana.Portughezii se manifesta in majoritate nesatisfacuti de de sistemul lor de sanatate. Diverse masuri legislative au fost luate in ultimii ani in vederea dezvoltarii structurilor sanitare si imbunatatirea serviciilor.Carentele persistente in serviciul public au dus la cresterea semnificativa a sectorului privat de sanatate si a asigurarilor private.

In ciuda insuficientei mediei financiare alocate sanatatii, indicatorii de sanatate au fost considerabil imbunatatiti in cursul ultimelor decenii.

Populatia si starea de sanatate

Populatia portugaliei se ridica in anul 1997 la 9.8 milioane de locuitori, cu o proportie a tinerilor sub 20 de ani de 25% (media UE-24.6%) si o proportie de 15% pentru persoanele in varsta de peste 65 ani. Proportia celor de peste 75 de ani a fost estimata la 5.7% si este relativ scazuta fata de media UE (6.1%),si se asteapta in 2020 o crestere la 8.7%.

Indicatorii de sanatate sunt in general defavorabili in raport cu media UE, totusi morbiditatea legata de cancer sau bolile cardiovasculare sun relativ scazute.

Speranta de viata a crescut considerabil pentru ambele sexe dar tot a ramas inferioara mediei UE. *Speranta de viata* a fost estimata la 71.2 ani pentru barbati (73.9ani-UE) si de 78.5 ani pentru femei (80.2ani-UE) .

Rata mortalitatii a fost estimata la: 9.3 la 1 000 locuitori in 1993 (8.2-UE).

Rata a mortalitatii infantile afiseaza o valoare de 6.9 decese la 1 000 de nascuti vii in 1996(media UE- 5.4).

Incidenta SIDA a urmat o evolutie contrara celor observate in majoritatea statelor membre: ea a crescut intr-un ritm rapid dupa anul 1990 pentru a atinge 81.1noi cazuri diagnosticate la un

million de locuitori in 1996 –fiind una dintre cele mai ridicate valori din cadrul UE (media UE-42.7).

Indicele DMF al sanatatii in domeniul stomatologic a fost stabilit in 1990 la 3.2 la copii de 12 ani (media UE-3.1).

Consumul de alcool a fost estimat in anul 1990 la 9.8 litri pe persoana –nivel net inferior mediei UE - 11.2 litri.

In 1992 *consumul de tutun* prezinta o diferenta mare intre cele doua sexe- pentru femei -12% si la barbati -40% toti fumatori de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-barbati, 25.1%-femei).

Finantarea si organizarea sistemului de sanatate

1. Structura sistemului

Ministerul Sanatatii supervizeaza activitatile Serviciului national de sanatate portughez. si ale sectorului privat , fixeaza nivelul coplatilor, stabileste lista de medicamente rambursabile si coordoneaza activitatile de sanatate publica precum si programele preventive ce privesc bolile specifice si tintele pe grupe de risc. Ministerul este asistat de catre Consiliul National de Sanatate, alcatuit din experti din diferite domenii medicale si sanitare.

Serviciul national de sanatate acopera in jur de 75% din populatie.Diferenta de 25% reprezinta in principal functionari si militari care beneficiaza de regimuri speciale.

Oferta de ingrijiri de sanatate este in majoritate asigurata de prestatori publici in cadrul SNS.Legea din 1990 pentru serviciile sanitare de baza preconizeaza intarirea cooperarii intre SNS si sectorul privat prin intermediul contractelor.

Harta spitalelor este impartita in trei zone geografice. Pentru ingrijirile ambulatorii tara este impartita in 18 districte. Administratiile sanitare regionale sunt responsabile de integrarea sectoarelor public si privat precum si de implementarea si gestionarea centrelor de sanatate .

Legislatia din 1993 a intarit procesul de descentralizare : 5 regiuni sunt de atunci in intregime autonome si isi administreaza propriile servicii de sanatate.

2. Finantarea sistemului

Finantarea sistemului de sanatate este bazat in mod principal pe impozit, astfel acoperea in anul 1992 61.6% din cheltuieli in timp ce asigurarile sociale nu reprezinta decat 13.7%.Cotizatiile sociale (care inglobeaza si asigurarile de batranete,de invaliditate si de somaj) se ridica in medie la 35% din venitul brut – o parte de 24% platita de catre angajatori si 11% de catre salariati.Asigurarile private detine 2.2% din finantarea sistemului in anul1992. Participarea la costuri care este necesara pentru toate serviciile cu exceptia ingrijirilor spitalicesti a ingrijirilor primare din sistemul ambulatoriu si ingrijirilor stomatologice acordate de catre sectorul public, reprezinta 21.9% din cheltuieli.

Ingrijirile interne acordate de catre spitalele publice sunt gratuite. Pana in 1989, spitalele erau finantate pe baza unui buget global ajustat in fiecare an, dupa aceasta data o parte din bugetul global anual face obiectul unei analize prospective si a fost calculata pe baza costurilor totale pe diferite grupe omogene de bolnavi (GHM). In cazul serviciilor spitalicesti private, medicii sunt

remunerati pe baza de act. In timp ce spitalele private sunt utilizate in cadrul regimului de asigurari sociale , serviciile sunt rambursate doar la nivelul tarifelor practicate in spitalele publice, exceptie facand atunci cand serviciile publice nu sunt disponibile in zona de interes ,caz in care taxa de rambursare este mai ridicata. Partea din cost suportata de catre pacienti poate varia de la 10% la 50%.

Centrele de sanatate ale SNS, responsabile de ingrijirile de sanatate primare dispun de buget propriu administrat la nivel de district.

Ingrijirile stomatologice sun asigurate de catre SNS, si medicii stomatologi sunt salariati.Cabinetele private se afla sub contract cu SNS iar serviciile lor sunt rambursate conform unui barem fixat de catre guvernul central. Pentru protezele dentare coplata este relativ scazuta (in medie 25%).

Medicii care lucreaza in spitalele publice si in centrele de sanatate, precum si anumiti specialisti sunt angajati direct de catre SNS si sunt salariati. Cat despre medicii care isi exercita profesia in mod liber in cabinete sau spitale private sunt remunerati pe baza de act.

Medicamentele se afla pe o lista de produse rambursabile. Exista si o lista negativa pe care se regasesc circa 500 de produse.Participarea la costuri este esalonat de la 0% la 50% in functie de gravitatea bolii tratate.In medie 23% din pretul produsului este suportat de catre pacient.Preturile medicamentelor din Portugalia sunt printre cele mai joase din cadrul UE.

3. Personalul medical in sistem

Numarul medicilor titulari este relativ ridicat - 29.3 pentru 10 000 locuitori in anul 1994 -media europeana-28.1. Specialistii sunt practic de trei ori mai numerosi decat generalistii. Proportia medicilor in ansamblul personalului medical din Portugalia estimata in 1993 la 25.3% este net superioara mediei UE (15.1%).Sistemul se confrunta cu o serioasa lipsa de infirmieri calificati.(Tab.16)

Tab.16.Dimensiunea efectivului de profesioniști care lucrează în domeniul sănătății în Portugalia

Profesioniști în domeniul sănătății	Densitatea la 10 000 locuitori	Media în cadrul UE	Anul
Medici titulari	29	28	1994
Medici generalisti	6	8	1994
Specialiști și consultanți	17	13	1994
Stomatologi	2	6	1993
Infirmieri calificați	31	70	1993
Farmacisti	12	8	1994

Priorități actuale

Politica de descentralizare a gestiunii îngrijirilor de sănătate și implementarea unei piețe interne, începută prin reforma din 1990 și continuată de reforma din 1993. Obiectivul pe termen lung este acela de a mări satisfacția utilizatorilor sistemului de sănătate și a corporilor medicale. Una din măsurile esențiale a permis serviciilor din sectorul privat să devină superioare din punct de vedere calitativ. Conceptul cheie este acela de « exterioritate »: sectorul public sub contract cu furnizorii privați de servicii de îngrijire primară precum și servicii tehnice avansate (examinări de laborator, radiologie etc.). Legea din 1993 urmărește posibilitatea organizării sub contract, astfel încât autoritățile sanitare locale sau asociațiile voluntare, să acorde servicii sanitare publice. Pe de altă parte administrațiile sanitare regionale sunt autorizate să încheie contracte direct cu practicienii privați.

Pe de altă parte utilizatorii sunt încetați să subscrie la o asigurare privată opțională, unde tarifele variază în funcție de vârstă și sex. Această dispoziție a legii din 1993 rămâne astăzi una dintre cele mai controversate.

Descentralizarea este departe de a fi finalizată, și cooperarea între serviciile spitalicești și serviciile primare nu este încă asigurată într-o manieră satisfăcătoare.

SPANIA

Actualul sistem de sănătate spaniol a fost instituit printr-o lege generală din anul 1986. Serviciul Național de Sănătate din Spania (Sistema Nacional de la Salud-SNS) acoperea în anul 1997 aproape 98.5% din populație. Dezvoltarea sistemului s-a efectuat pe o bază regională, obiectivul fiind ca fiecare regiune să fie în măsură să își administreze propriile servicii de îngrijire de sănătate. În 1998, acest proces de descentralizare nu era încă definitivat în 10 din 17 regiuni autonome (Comunidades autonomas).

Instaurarea SNS a permis punerea în practică a unei acoperiri cvasiuniversale, care cuprinde o largă paletă de îngrijiri. Sistemul de sănătate spaniol măsurat cu ajutorul diversilor indicatori cheie, se află deasupra mediei europene.

Eficacitatea structurilor și a serviciilor de îngrijiri rămâne o preocupare majoră. Se observă totuși o ameliorare notabilă a nivelului de satisfacere a consumatorilor în cursul ultimilor cinci ani. Sistemul se confruntă cu anumite dificultăți în încercarea de a pune la punct un dispozitiv de finanțare stabil, și de a controla evoluția cheltuielilor.

Imbatranirea populatiei , implica cautarea de noi surse de finantare pentru ingrijirile de lunga durata pentru persoanele in varsta.

Populatia si starea de sanatate

Spania numara in anul 1997 39.7 milioane de locuitori, cu o proportie a tinerilor sub 20 de ani de 24% (media UE-24.6%) si o proportie de 15.3% pentru persoanele in varsta de peste 65 ani. Proportia celor de peste 75 de ani corespunde mediei UE -6.1% si se asteapta in 2020 o crestere la 7.9%.

Indicatorii de sanatate sunt pe global favorabili in raport cu media UE.

Speranta de viata a fost estimata la 74.4 ani pentru barbati (73.9ani-UE) si de 81.6 ani pentru femei (80.2ani-UE) .

Rata mortalitatii a fost estimata la: 7 la 1 000 locuitori in 1993 (8.2-UE).

Rata a mortalitatii infantile afiseaza o valoare de 5.0 decese la 1 000 de nascuti vii in 1996(media UE- 5.4).

Principalele cauze de deces sunt bolile cardiovasculare ,cancerul si accidentele inaintea varstei de 35 ani.Mortalitatea relativ ridicata a persoanelor pana in 35 de ani constituie un fenomen frapant.Intre 1981 si 1991 numarul deceselor datorate accidentelor de circulatie a crescut la 30% pentru barbati si 20% pentru femei.Fata de alte tari ale UE Spania are o rata de sinucideri mult inferioara.

Incidenta SIDA in ciuda unei scaderi semnificative dupa anul 1994, ramane in continuare cea mai ridicata din cadrul UE- 162 noi cazuri diagnosticate la un million de locuitori in 1996 – (media UE-42.7).

Indicele DMF al sanatatii in domeniul stomatologic a fost stabilit in 1990 la 4.1 la copii de 12 ani (media UE-3.1).

Consumul de alcool a fost estimat in anul 1990 la 13 litri pe persoana –nivel superior mediei UE - 11.2 litri.

In 1992 *consumul de tutun* prezinta variatii intre cele doua sexe- pentru femei -21% si la barbati -44% toti fumatori de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-barbati, 25.1%-femei).

Finantarea si organizarea sistemului de sanatate

1. Structura sistemului

In cadrul sistemului de securitate sociala , SNS este administrat de catre Institutul National de Sanatate (INSALUD), situat in Madrid. INSALUD este insarcinat cu cu gestionarea institutiilor de sanatate publica .Prestatiiile monetare de securitate sociala si serviciile sociale complementare sunt asigurate de catre Institutul National de Securitate Sociala (INSS) si Institutul de Migratii si Servicii Sociale (IMERSO).Cele 7 regiuni autonome ramase detin propriile lor directii sanitare – departamentul de sanatate din cadrul guvernarii regionale-sunt responsabile cu sanatatea publica, planificarea structurilor sanitare precum si gestionarea si administrarea serviciilor de sanatate pe

teritoriul lor. Transferul de responsabilitate de la SNS catre cele 7 regiuni autonome constituie un obiectiv principal pe termen lung.

Toate regiunile autonome au divizat teritoriul in zone sanitare in functie de diferiti parametri – marimea populatiei, caracteristicile geografice, factorii demografici, epidemiologici si socio-economici- care formeaza o grila de referinta pentru planificarea si acordarea de ingrijiri de sanatate primare si secundare. Zonele sanitare sunt impartite la randul lor in zone de baza pentru planificarea si gestionarea resurselor sanitare primare.

Ministerul Sanatatii stabileste programe de sanatate publica, face publice liniile directoare nationale in materie de politica sanitara si vegheaza implementarea lor. Consiliul sanitar interteritorial al SNS coordoneaza schimburile intre autoritatile sanitare regionale pe de o parte si Ministerul Sanatatii pe de alta in scopul de a garanta coerenta planurilor sanitare strategice ale regiunilor autonome cu obiectivele si prioritatile fixate la nivel national.

Serviciul national de sanatate acopera 98.5% din populatie, din care 93% sunt afiliati la regimul general, 1% primesc alocatii de la stat si 4.5% (in principali functionari) sunt afiliati la regimuri speciale. In jur de 17% din casnice detin contracte de asigurare de sanatate voluntare. Companiile de asigurare (mutuale sau private) joaca un rol minor in sistemul de sanatate spaniol.

In cadrul SNS, guvernul central defineste nivelul ingrijirilor primare, ingrijirilor spitalicesti interne si externe, nivelul coplatilor pentru medicamente proteze medicale.

2. Finantarea sistemului

Prin instaurarea SNS, finantarea serviciilor de sanatate spaniole, apropiata la origine de sistemul Bimarck se indreapta acum catre modelul Beveridge. In jur de 80% finantarile provin din fiscalitate, 18% provin din cotizatii platite in functie de venit atat de catre angajati cat si de catre angajatori, iar diferenta de 2% provine din alte forme de asigurare de sanatate. O participare la costuri pentru medicamente si anumite dispozitive medicale este necesara.

Pacientii preiau o parte din cheltuielile ocazionate de ingrijirile stomatologice.

Spitalele publice din SNS sunt finantate in cadrul unui buget pe termen lung. Unitatea de baza pentru stabilirea bugetului spitalelor INSALUD este «unitatea de asistenta ponderata» (UPA) bazata pe activitatea medicala agregata. Proviziile sunt facute in cazul serviciilor complexe. Spitalele private se pot afilia la SNS printr-o conventie sau un contract individual.

Medicii din cadrul spitalelor sunt salariati. Generalistii sunt remunerati in functie de numarul de pacienti, si doar in anumite cazuri dupa o formula combinata salariu-numar de pacienti.

Sistemul de remuneratie a profesionistilor din sanatate lasa loc pentru numeroase critici, in masura in care acesta este considerat responsabil de ineficienta structurilor de ingrijiri ambulatorii.

Pretul medicamentelor sunt strict reglementate in functie de costul materiilor prime. Preturile practicate se numara printre cele mai joase din cadrul UE. O lista negativa a fost stabilita in anul 1993; ea cuprindea la acea data 800 produse. Coplata se ridica in medie la 32% din pret.

3. Personalul medical in sistem

Numarul medicilor titulari este estimat la – 40.8 pentru 10 000 locuitori extrem de ridicat fata de media UE (28.1). Sistemul se confrunta cu o serioasa lipsa de infirmieri calificati. (Tab.17)

Tab.17.Dimensiunea efectivului de profesioniști care lucrează în domeniul sănătății în Spania

Profesioniști în domeniul sănătății	Densitatea la 10 000 locuitori	Media în cadrul UE	Anul
Medici titulari	41	28	1993
Medici generalisti	*)	8	1994
Specialisti și consultanți	*)	13	1994
Stomatologi	3	6	1993
Infirmieri calificați	43	74	1993
Farmacisti	10	7	1993

*)-datele nu sunt disponibile

Priorități actuale

Reforma sistemului de sănătate începută în anul 1986 a modificat profund finanțarea și organizarea îngrijirilor de sănătate, și a avut ca rezultat creșterea nivelului de satisfacere a utilizatorilor.

Toate obiectivele acestei reforme nu sunt încă atinse : nu s-a reușit încă acoperirea universală pentru întreaga populație, nu s-au descentralizat toate regiunile autonome (au mai rămas 10 regiuni).Aceasta implică o repartitie clară a responsabilităților la nivel central și regional pentru toate problemele relevante ale politicii de sănătate.

Tot așa una din priorități este consolidarea capacității manageriale a furnizorilor de sănătate la nivel regional.

Pe de altă parte anumite regiuni cum ar fi Catalonia au început separarea funcțiilor de ofertant de cea de cumpărător de îngrijiri de sănătate în cadrul SNS. Modelul prevede trecerea contractului între cumpărători (autoritățile sanitare regionale și INSALUD) și furnizori (spitale publice și private), pe baza unui nivel de servicii convenit, în contrapartidă cu o remunerație. Ideea este de a crește eficiența printr-un transfer de responsabilități pentru gestionarea bugetului local și de a forma profesioniști în domeniul gestionării serviciilor de sănătate. Modelul este inspirat din experiențele britanice și suedeze de separare a cumpărătorilor de furnizori și completate cu noi elemente, de exemplu extinderea dispozitivului de îngrijiri de sănătate.

SUEDIA

Serviciile de sanatate sunt considerate ca o componenta cheie a importantului sistem de protectie sociala disponibil in Suedia. Populatia in ansamblu are acces la o gama completa de ingrijiri, acestea sunt acoperite prin regimul national de asigurari sociale, finantat in principal prin cotizatii patronale.

Sistemul de sanatate suedez se caracterizeaza prin puternica sa descentralizare: 23 consilii generale precum si 3 mari municipalitati joaca un rol important in planificarea, finantarea si furnizarea ingrijirilor de sanatate pe teritoriul lor. Aproape in intregime ingrijirile spitalicesti sunt finantate prin consilii generale, care colecteaza impozitele in acest scop, si repartizeaza sumele spitalelor. Aceasta prioritate acordata controlului democratic local al serviciilor de sanatate se inscrie intr-o politica ce se aplica de un sfert de secol si isi afla punctul culminant in legea din 1982 a sanatatii publice si serviciilor medicale.

Consideratiile de echitate ocupa un loc central in sistemul suedez. Suedia a reusit sa contina progresia cheltuielilor de sanatate proportional cu bunastarea nationala. Diminuarea resurselor financiare intretine totusi disfunctionalitati in oferta de ingrijiri de sanatate si in principal aparitia listelor de asteptare. Oricum importanta traditionala acordata serviciilor spitalicestise traduce printr-o capacitate spitaliceasca excedentara, in timp ce ingrijirile primare sunt insuficiente si prost integrate. Libertatea de alegere a pacientului este foarte limitata si masurile reformei se focalizeaza astazi asupra productivitatii si eficientei structurilor de ingrijiri, in cadrul unei strategii care exploreaza optiunile liberare prin introducerea mecanismelor de piata. Principali indicatori de sanatate par strans legati de elemente ale modului de viata, care denota o buna situatie sanitara in raport cu media UE.

Populatia si starea de sanatate

Suedia numara in anul 1997 8.8 milioane de locuitori, cu o proportie stabila in cursul ultimului deceniu a tinerilor sub 20 de ani de 24.6% (media UE-24.6%) si o proportie de 17.1% pentru persoanele in varsta de peste 65 ani. Proportia celor de peste 75 de ani corespunde mediei UE - 8.2%-este cea mai ridicata din cadrul UE (6.1%).

Principali indicatorii de sanatate afiseaza valori foarte favorabile in raport cu media UE.

Speranta de viata a fost estimata la 76.2 ani pentru barbati (73.9ani-UE) si de 81.5 ani pentru femei (80.2ani-UE).

Rata mortalitatii a fost estimata la: 6.9 la 1 000 locuitori in 1993 (8.2-UE).

Rata a mortalitatii infantile afiseaza o valoare de 4.0 decese la 1 000 de nascuti vii in 1996(media UE- 5.4).

Precum in restul UE, principalele cauze de deces sunt bolile cardiovasculare, cancerul si accidentele inaintea varstei de 35 ani.

Incidenta SIDA estimata la - 16 noi cazuri diagnosticate la un million de locuitori in 1996 - (media UE-42.7) este relativ scazuta..

Indicele DMF al sanatatii in domeniul stomatologic a fost stabilit in 1990 la 2.2 la copii de 12 ani (media UE-3.1).

Consumul de alcool a fost estimat în anul 1991 la 6.3 litri pe persoană –nivel inferior mediei UE - 11.2 litri.

Suedezii recunoscuți între europeni pentru modul lor de viață sănătos. *Consumul de tutun* prezintă valori foarte mici. Astfel în 1993 cifrele se prezentau astfel- pentru femei -23.4% și la bărbați -25.2 % toți fumători de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-bărbați, 25.1%-femei).

Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate

1. Structura sistemului

Finanțarea și acordarea îngrijirilor de sănătate sunt considerate în Suedia ca o responsabilitate fundamentală în puterea publică. 23 de consilii generale la care se adaugă trei mari municipalități care își asumă funcții de consiliu general în domeniul sanitar (Göteborg, Malmö și Gotland). Au în sarcină producerea și administrarea serviciilor de sănătate pe teritoriul lor. Consiliile generale sunt ansambluri politice alese prin vot direct.

Rolul guvernului central se limitează la fixarea cadrului politic sanitar. Federația consiliilor generale asigură coordonarea între consilii și guvernul central.

La nivel central administrația sanitară este împărțită între Ministerul Sănătății și Problemelor Sociale și diverse organisme relativ independente, dintre care cel mai important este Oficiul Național de Sănătate și de Bunăstare Socială.

Acest organism „adevărat centru național de expertiză”, își asumă o funcție de control și supervizare a activității consiliilor generale, precum și o funcție de cercetare și evaluare a dezvoltării în curs în toate domeniile relevante ale politicii sociale de sănătate.

Institutul suedez de planificare și rationalizare a serviciilor sociale și sanitare (SPRI), administrat în comun de către guvernul central și consiliile generale, lucrează asupra problemei eficienței și rationalizării structurilor, a evaluării și finanțării lucrărilor de cercetare-dezvoltare în domeniul administrării îngrijirilor de sănătate. Consiliul național pentru evaluarea tehnologiilor de sănătate (SBU) este un alt organism cheie asociat Ministerului Sănătății precum și Oficiului național de sănătate și de bunăstare socială. El are misiunea de a promova tehnologii de sănătate eficiente și rentabile.

Oficiul național de asigurări sociale administrează sistemul de securitate socială, care acoperă ansamblul populației suedeze precum și toți străinii rezidenți în Suedia. Cotizațiile sunt plătite de către angajatori; diferența este furnizată prin subvenții de la stat. Rolul asigurărilor private este marginal. Nici o acoperire în servicii de bază nu este definită. Prioritățile naționale fixate în 1995 în domeniul serviciilor de sănătate se sprijină pe trei principii fundamentale: drepturile omului, justiția distributivă (solidaritatea) și cercetarea eficienței. Consiliile generale sunt libere să își definească propriile priorități operaționale.

2. Finanțarea sistemului

Impozitele colectate de către consiliile generale acoperă cea mai mare parte (în jur de 65%) din cheltuielile de sănătate. Restul provine din sistemul de securitate socială completat prin ajutorul statului (18%), din diverse fonduri publice (10%), asigurări private (3%) și într-o măsură slabă (4%) din plăți directe.

Sistemul național de securitate socială redistribuie resursele financiare în direcția consiliilor generale prin două canale: pe de o parte el alocă subvenții în funcție de activitatea sanitară a

fiecarui consiliu ; pe de alta parte el asigura rambursarea prestatiilor de ingrijiri stomatologice si ingrijiri spitalicesti externe.

In 1998 modurile de finantare a spitalelor, adoptate de catre consiliile generale si de catre municipalitati sunt variabile.Cateva consilii au introdus contracte de cumparare a serviciilor de sanatate prevazute deseori cu un termen de plata pe termen lung dupa caz. Anumite servicii sunt rambursate pe baza de act.

Majoritatea medicilor sunt angajati de catre consiliile generale si lucreaza ca salariati in spitale sau in centrele de ingrijiri primare.Salarile sunt in functie de calificarea medicilor si de timpul de lucru. O proportie mica de medici exercita profesia pentru clienti privati si sunt remunerati pe baza de act. Legea din 1993 pentru medicina privata prevede posibilitateapentru medici de a incheia o conventie cu organismul de securitate sociala si consiliul general in vederea acordarii de ingrijiri primare cu titlu de « medicina de familie ».

Medicamentele prescrise se regasesc pe o lista pozitiva si sunt partial compensate prin regimul national de asigurare de sanatate. Tarifele de rambursare sunt ajustate pe baza unui prêt de referinta . Coplata este fixa. Nici o participare la costuri nu este necesara pentru medicamentele prescrise pacientilor din spitale.

3. Personalul medical in sistem

Partea personalului de sanatate in populatia activa este estimata la 8.4%, relativ ridicata in comparatie cu media UE de 6.5%.Numarul medicilor titulari este estimat la – 30 pentru 10 000 locuitori este apropiat de de media UE (28.1). Fata de alte tari sistemul de sanatate suedez detine un numar ridicat de infirmieri calificati.(Tab.18)

Tab.18. Dimensiunea efectivului de profesioniști care lucrează în domeniul sănătății în Suedia

Profesioniști în domeniul sănătății	Densitatea la 10 000 locuitori	Media în cadrul UE	Anul
Medici titulari	30	28	1993
Medici generalisti	5	9	1994
Specialisti si consultanti	21	13	1994
Stomatologi	10	6	1993
Infirmieri calificati	102	74	1993
Farmacisti	7	7	1994

Prioritati actuale :

Importante schimbari au fost operate in prezent in organizarea si structura serviciilor de sanatate suedeze. Prioritatile sunt legate de descentralizare, planificarea serviciilor la nivel regional si consolidarea ingrijirilor primare cedeaza progresiv locul unei orientari catre piata. Crearea unei pietei interne in 1993, in 13 din 26 comitate, a deschis calea catre modalitati mai liberale de finantare si de producerea de ingrijiri. Contractele de furnizare a ingrijirilor sunt negociate intre cumparatori si furnizori. Cu privire la reducerea capacitatii spitalicesti si transferului de resurse catre ingrijirile externe si de lunga durata consiliile generale care au conservat sistemul lor bugetar traditional beneficiaza de o m,ai mare marja de manevra.

Reconfigurarea structurii sistemului de sanatate suedez se rezuma pentru moment la o imbinare a diferitelor masuri luate de catre 26 de consilii generale.

In Stockholm interventiile au dus la modificari importante. Obiectivul a fost cresterea eficientei serviciilor, favorizarea unei orientari catre piata, si extinderea optiunilor consumatorilor si reducerea listelor de asteptare. « Modelul Stockholm » se concentreaza in jurul a patru axe :

1. Introducerea unui nou sistem de rambursare pentru ingrijirile bolilor acute si serviciile geriatrice din spitale, fondate pe grupe omogene de boli.
2. Posibilitatea consultatiei libere cu participarea mai ridicata la costuri
3. Instaurarea unui sistem centrat pe « medicina de familie », cu taxe de rambursare standardizate.
4. Separarea intre cumparatorii si ofertantii de ingrijiri de sanatate prin incheierea de contracte de servicii si stimularea concurentei intre furnizori.

MAREA BRITANIE

Serviciul National de Sanatate (NHS) inca de la crearea sa din 1948 a instituit accesul universal la ingrijirile de sanatate. NHS este un serviciu public de sanatate finantat in principal din impozit. Cu mai mult de un million de salariati, reprezinta cel mai mare angajator nemilitar din Europa.

Gama de servicii acoperite in cadrul NHS este completa iar accesul la ingrijiri este gratuit. Organizarea ingrijirilor a fost profund transformata dupa 1990. Schimbarile majore s-au concentrat pe separarea cumparatorilor de ofertantii de servicii medicale si pe crearea unei « piete interne » in cadrul NHS. Solicitantii care intervin pe piata sunt autoritatile sanitare de district (DHA) si medicii generalisti « gestionari de fonduri » (General Practitioner Fundholders) care cumpara ingrijiri trusturilor spitalicesi (fundatii autonome in cadrul NHS) si centrelor de sanatate comunitare. Sistemul de negociere a contractelor, introdus in 1991, cere furnizorilor sa isi asume noi functii si in principal sa isi dezvolte capacitatile de gestiune. Ideea fundamentala care sta la baza acestei reforme este stimularea concurentei intre furnizori de ingrijiri de sanatate si introducerea de modalitati de cumparare si productie de servicii de sanatate mai eficiente. Documentul publicat de catre guvernul britanic in 1992 asupra « sanatatii natiunii » a facut ca imbunatatirea rezultatelor de sanatate sa devina un obiectiv cheie al reformei.

Concentrarea asupra ingrijirilor primare si rolul pivot al generalistilor, punct de trecere obligatoriu pentru a accede la ingrijirile secundare, sunt frecvent citate ca puncte forte ale sistemului britanic raportat la alte sisteme de sanatate in vigoare in tarile Uniunii Europene. Indicatorii de sanatate afiseaza valori relativ bune. Cresterea cheltuielilor este in mod remarcabil temperata in comparatie cu tendintele observate in majoritatea statelor membre. Nivelul de finantare al ingrijirilor de sanatate, supus unui riguros control bugetar central, face totusi obiectul unor continue dezbateri publice si politice. Criticile sunt alimentate in special de slabele resurse consacrate ingrijirilor secundare care apare c auna dintre principalele cauze ale lungilor liste de asteptare din spitale. Problema listelor de asteptare explica nivelul de satisfacere relativ mediu al britanicilor cu privire la sistemul lor de sanatate. Cu rare exceptii sistemele functioneaza corect pentru bolile grave sau urgente dar mai putin bine pentru afectiunile minore (care nu sunt mai putin dureroase pentru pacienti).

Efectele reformei din 1991 si crearea unei piete interne de ingrijiri in cadrul NHS sunt inca incerte si controversate. In ochii responsabililor politici, apare necesara realizarea unei evaluari

aprofundate si sistematice a acestor efecte, in scopul de a decide daca se poate urma aceasta cale sau se vor cauta altele noi.

Populatia si starea de sanatate

Marea Britanie numara in anul 1996 58 milioane de locuitori, cu o proportie a tinerilor sub 20 de ani de 25% (media UE-24.6%) si o proportie de 15.8% pentru persoanele in varsta de peste 65 ani. Proportia celor de peste 75 de ani care este deja a doua mai ridicata decat media UE(-6.1%-) se asteapta in 2020 o crestere la 12.4%. Imbatranirea populatiei exercita presiuni din ce in ce mai puternice asupra sistemului de sanatate britanic.

Pe global starea de sanatate a populatiei a fost considerabil imbunatatita in cursul ultimilor zece ani si majoritatea indicatorilor de sanatate se incadreaza in media UE.

Speranta de viata a fost estimata la 74.4 ani pentru barbati (73.9ani-UE) si de 79.3 ani pentru femei (80.2ani-UE) .

Rata mortalitatii a fost estimata la: 7.9 la 1 000 locuitori in 1993 (8.2-UE).

Rata a mortalitatii infantile afiseaza o valoare de 6.1 decese la 1 000 de nascuti vii in 1996(media UE- 5.4).

Ca si in restul Uniunii Europene principalele cauze de deces sunt bolile cardiovasculare ,cancerul si accidentele inaintea varstei de 35 ani..

Incidenta SIDA dupa o crestere progresiva intre anii 1982 si 1994, s-a diminuat apoi pentru ase stabili la - 24 noi cazuri diagnosticate la un million de locuitori in 1996 – (media UE-42.7).

Indicele DMF al sanatatii in domeniul stomatologic a fost stabilit in 1990 la 3.1 la copii de 12 ani (media UE-3.1).

Consumul de alcool a fost estimat in anul 1990 la 8.9 litri pe persoana –nivel inferior mediei UE - 11.6litri.

In 1992 *consumul de tutun* este mult inferior mediei UE pentru barbati-29% in timp ce pentru femei este relativ ridicat-28% toti fumatori de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-barbati, 25.1%-femei).

Finantarea si organizarea sistemului de sanatate

1. Structura sistemului

Secretarul de stat de la sanatae este responsabil in fata Parlamentului de oferta de ingrijiri din cadrul NHS.Consiliul director al NHS este si el responsabil in fata secretarului de stat de fixarea obiectivelor si prioritatilor NHS in acord cu politica guvernului.Consiliul director distribuie fondurile in cadrul unui buget anual, catre 106 autoritati sanitare districtuale(DHA) care acopera fiecare intre 250 000 si 1milion de locuitori. Autoritatile sanitare districtuale si « General Practitioner Fundholders » administreaza bugetele pentru cumpararea ingrijirilor primare si secundare.Trusturile din cadrul NHS, intemeiate in 1991 sunt institutii spitalicesti autonome .Generalistii si stomatologii au un statut independent si se afla sub contract cu NHS, dar un numar mare de stomatologi nu accepta decat pacienti privati.

În Marea Britanie în anul 1997 se aflau 463 de trusturi, care acopereau mai mult de 1 600 de spitale și reprezentau marea majoritate a instituțiilor spitalicești, de servicii de ambulanță și unitățile de îngrijiri comunitare din cadrul NHS. Trusturile spitalicești propun serviciile lor în cadrul negocierii de contracte cu cumpărătorii de îngrijiri.

În ciuda predominării sectorului public în producerea de îngrijiri, sistemul este în permanență completat de un sector independent marginal dar în expansiune. El este compus dintr-o panoplie de organisme private voluntare sau caritative care completează serviciul național de sănătate nu numai în domeniile bine acoperite de către NHS dar și în sectoarele unde această acoperire este limitată.

2. Finantarea sistemului

NHS este finanțat în principal prin fiscalitate (95%) și prin alte contribuții (5%) în cadrul unui buget global stabilit de către ministere și supus aprobării Parlamentului. Există dispozitive bazate pe asigurări legate de un mic sector privat care a cunoscut un salt rapid în cursul anilor 80 și 90. În 1996, 9% din populație deținea un contract privat suplimentar de sănătate în scopul de a acoperi serviciile spitalicești specializate și a evita marile întârzieri în așteptarea pentru intervențiile mai puțin urgente. Asigurările private nu acopera decât 3.5% din cheltuieli deci finanțarea este aproape în întregime concentrată asupra serviciilor furnizate în interiorul NHS. Mai mult, noul guvern laburist a eliminat în 1997 reducerea fiscală în favoarea asigurărilor private de sănătate. Participarea la costuri a crescut progresiv pentru un anumit număr de medicamente precum și pentru îngrijirile stomatologice și examenele oftalmologice, dar numeroși pacienți sunt scutiți (copii, persoane în vârstă, femei însărcinate, someri s.a.).

Spitalele publice au devenit trusturi spitalicești, unde autonomia se aplică mai ales politicii aplicate în materie de personal precum și în materie de negociere a contractelor de servicii medicale. Ele sunt atât în măsură să achiziționeze sau să vândă bunuri imobiliare sau funciare cât și să administreze resursele. Trusturile negociază cu cumpărătorii de îngrijiri de sănătate tarifele și paleta de servicii de sănătate furnizate. Înainte de reforma remunerată personalului clinic și nonclinic se decidea la nivel central.

În 1997, 60% din personal lucrează pe baza de contracte de servicii încheiate cu trusturile locale. Personalul din spitale este salariat, dar un număr de medici acordă îngrijiri și clienților privați.

Sistemul de remunerare a generaliștilor constă într-o combinație complexă între onorariu și alocări specificate în contractul lor. În principal remunerată lor se constituie în funcție de numărul de pacienți înscrși pe listele lor. Ea este influențată și de alți factori precum vârsta pacienților. Anumite servicii (contracepția și vaccinarea) sunt plătite pe baza de act. Există și prime de încurajare, de exemplu în cazul realizării unui obiectiv de imunizare. Generaliștii gestionari de fonduri (GPFH), care reprezentau în jur de jumătate din medicii generaliști în anul 1998, au primit buget destinat finanțării îngrijirilor primare care se acordă în cabinetul lor, precum și îngrijirilor secundare și terțiare pe care le cumpără pentru pacienții înscrși pe listele lor. Generaliștii gestionari de fonduri nu își pot spori veniturile decât prin reinvestirea economiilor realizate. Medicii stomatologi sunt remunerați pe baza de act.

Există o listă negativă de medicamente care nu sunt rambursabile. Preturile sunt fixate de către producători dar guvernul central exercită un control asupra profiturilor. Medicamentele care se vând liber sunt plătite integral de către pacienți; în ceea ce privește medicamentele prescrise coplata reprezintă în medie 24% din pretul produselor. Scutirile sunt numeroase. Contraceptivele sunt gratuite. Onorariile farmaciștilor sunt negociate între ei și guvernul central.

3. Personalul medical în sistem

Numarul medicilor titulari estimat in 1994 la 15.6 pentru 10 000 locuitori este foarte scazut fata de media europeana (28.1).Toate domeniile de sanatate se confrunta cu lipsa de personal.(Tab.19)

Tab.19. Dimensiunea efectivului de profesioniști care lucrează în domeniul sănătății în Marea Britanie

Profesioniști în domeniul sănătății	Densitatea la 10 000 locuitori	Media în cadrul UE	Anul
Medici titulari	16	28	1994
Medici generalisti	6	8	1994
Specialisti și consultanți	n.d.	13	1994
Stomatologi	4	6	1994
Infirmieri calificați	n.d.	87	1994
Farmacisti	6	7	1993

Priorități actuale

Marea reforma a NHS a fost lansată la începutul anului 1991. Dezbaterile asupra efectelor pieței interne se continuă și la ora actuală. Reforma a fost în întregime finalizată în 1996, dar este încă prea devreme pentru a evalua impactul ei, pentru că observațiile sunt împiedicate de frecvențele schimbări intervenite inclusiv schimbarea guvernului în 1997. Introducerea mecanismelor de piață și punerea în regim concurențial a furnizorilor trebuie teoretic să se traducă prin câștig de eficiență, dar se vede neutralizată din cauza haosului în costurile tranzacțiilor. Pentru reducerea acestor costuri, va fi necesar atacul asupra insuficiențelor din sistemul de gestiune și de informare, nu doar asupra planului infrastructurii tehnice. Tot în acest scop trebuie avută în vedere și formarea medicilor și al altor profesii din sistemul de sănătate. Va fi necesară o evaluare aprofundată a resurselor utilizate, a rezultatelor de sănătate și al nivelului de satisfacere a utilizatorilor. Din păcate dezbaterile publice, mai puțin din presa se focalizează pe lungimea listelor de așteptare pentru intervențiile care nu sunt urgente. Ori acesta nu este singurul criteriu după care se poate judeca funcționarea bună sau proastă a sistemului.

Unul din principalele obiective ale reformei NHS-ului este îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate în ochii utilizatorilor, dar aceasta a fost tot timpul greu de realizat. Cumpărătorii urmăresc evoluția practicilor clinice și subiectele controalelor, în timp ce Ministerul Sănătății difuzează numele naționale. În urma unei tendințe ce se generalizează la nivel internațional instituțiile științifice de prim plan joacă un rol din ce în ce mai activ în dezvoltarea de linii directoare și de norme de bună practică medicală.

Aparută în 1997 cartea albă a guvernului laburist prevedea noi orientări pentru NHS. Piața internă va fi înlocuită de un sistem de îngrijiri complete. Unitatea de bază a sistemului va fi «grupă de îngrijiri primare», echipe formate din generalisti, și infirmieri sunt destinate să înlocuiască Generalistii gestionari de fonduri, și să își asume responsabilitatea bugetară sub controlul autorității sanitare din districtul respectiv. Un sistem de informare medicală comunitară funcționează 24 de ore din 24 și a fost introdus în 1998. Noi legături electronice sunt prevăzute între generalisti, farmaciști și spitale. Modalitățile de finanțare și dispozițiile contractuale se negociază pe termen lung (3-5 ani).

Există un proiect de creare a «Institutului național de excelență clinică» în sarcinată cu definirea normelor la nivel național precum și a unei «Comisii pentru îmbunătățirea sănătății» care va controla performanțele serviciilor clinice.

Planul de rationalizare a structurilor spitalicesti ridica numeroase controverse, in tot ceea ce priveste marile orase, care sufera de inechirea parcului spitalicesc (spitalele au fost construite in secolul 19) ce necesita restructurari destinate adaptarii la evolutia demografica si sociala precum si innoirea tehnologiilor medicale.

SISTEMELE DE SANATATE ALE TARILOR DIN CADRUL UNIUNII EUROPENE

TARA	MOD DE ORGANIZARE	STAREA DE SANATATE	CHELTUIELI	FINANTARE	SPITALE	INGRIJIRI PRIMARE	MEDICI
AUSTRIA	Asigurare de sanatate obligatorie, acoperire cu o gama completa de servicii	Indicatorii de sanatate apropiati mediei Uniunii Europene	Cheltuieli ridicate , in cifre absolute (pe locuitor) ca si in ponderea in PIB (7,7%)	Deosebit de predominata de regimul legal de asigurari de sanatate, dar contributia la asigurari private este semnificativa.	Capacitate de spitalizare ridicata. Sectorul public furnizeaza majoritatea paturilor	Practicanti independenti care lucreaza in spitale sau in clinici specializate	Majoritatea isi exercita profesia in mod privat, dar sub contract cu casele de asigurari de sanatate.
BELGIA	Asigurare de sanatate obligatorie pentru riscurile majore	Indicatorii de sanatate apropiati mediei Uniunii Europene	Cheltuieli ridicate, in cifre absolute ca si in ponderea in PIB (8%)	Cotizari la asigurari de sanatate completate prin importante subventii ale statului	Spitalele sunt dominate de case private sau de fundatii autonome cu scop non profit	Medicii Generalisti isi exercita profesia in cabinete individuale si remunerati pe act.	Majoritatea independenti. Mare densitate medicala.
DANEMARCA	Serviciu national de sanatate finantat prin impozit	Anumiti indicatori de sanatate nu sunt favorabili mai ales in ceea ce privesc femeile	Nivel ridicat al cheltuielilor pe locuitor, dar scazuta proportie in raport cu PIB (6,5%)	Sistem finantat cu 85% prin impozit, restul provenind din participarea pacientilor la costuri	Gestiune descentralizata: cvasitotalitatea sectorului spitalicesc ridica responsabilitatea comitatelor	Medicii Generalisti independenti exercita profesia in cabinete individuale sau in asociatie.	Majoritatea specialistilor sunt salariati
FINLANDA	Serviciu national de sanatate, retragerea progresiva a Statului si transferul puterii de decizie la nivel local	Anumiti indicatori de sanatate nu sunt favorabili in raport cu normele europene. Puternica incidenta a bolilor cardio-vasculare	Nivel ridicat al cheltuielilor pe locuitor, dar mediu in ponderea PIB-ului (7,5%)	Finantare locala si centrala, completata de sistemul national de asigurari de sanatate si participarea la costuri	Capacitate mare de spitalizare, taxe de admitere ridicate si durata medie a sejurului relativ scurta.	Retea completa de centre de sanatate locale, puternica concentrare asupra preventiei.	Majoritatea medicilor sunt functionari publici, dar exista, de asemenea, un sistem privat a carei pondere nu este de neglijat.
FRANTA	Asigurare de sanatate obligatorie acoperind cvasi-totalitatea populatiei	Speranta de viata atinge niveluri inalte, mai ales la femei. Scazuta incidenta a bolilor de inima. Probabil legat	Cheltuieli ridicate, in cifre absolute (1 999 ECU pe locuitor) ca si in ponderea din PIB (9,3%)	Cotizari la casele de asigurari de sanatate si participarea la costuri	Important sector de spitalizare privat, dar sectorul public ramane predominant	Medicii Generalisti isi exercita profesia liber, cu exceptiile centrelor de ingrijiri municipale	Practicieni in mare parte independenti. Densitatea medicala apropiata de cea a mediei europene

		probleme de alimentatie					
GERMANIA	Numeroase case de asigurari de sanatate, sector privat important.	Pondere mare a persoanelor in varsta. Valori reduse a indicatorilor mortalitatii infantile si prenatale	Cheltuieli foarte ridicate: 2 362 ECU pe locuitor si 10,4 din PIB	Cotizari obligatorii si voluntare la sistemul de sanatate, doar 21% sunt generate prin taxa	Peste 50% dintre spitale apartin de case private sau de fundatii autonome cu scop non profit	Paleta larga de servicii asigurate de practicieni independenti ce-si exercita profesia in cabinete individuale. Strict separate de serviciile spitalicesti.	Mare densitate medicala, antrenand probleme de supra-capacitate si somaj
GRCIA	Asigurare de sanatate obligatorie, serviciu national de sanatate, sector privat important	Valori ridicate la indicatorii de mortalitate infantila. Speranta de viata este cu mult peste nivelul celorlalte tari.	Cheltuieli foarte reduse in raport cu normele europene: 483 ECU pe locuitor si 5,8 din PIB	Pe deoparte sectorul privat este substantial, si aici exista o importanta piata ce functioneaza in paralel	Spitalele private sunt numeroase, dar nu reprezinta decat 20% din persoanele admisi.	Coexistenta centrelor sanitare publice si de generalisti care isi exercita profesia in cabinete private	Medici salariatii in sectorul public. Densitate foarte mare din punct de vedere medical
IRLANDA	Serviciu national de sanatate si sistem de sanatate voluntar complementar	Populatia tanara cu speranta de viata relativ scazuta	Proportia din PIB este aproape de medie, dar cu numai 733 de ECU pe locuitor	Finantarea este dominata de taxe; o mica parte provenind din asigurari	Sectorul spitalicesc in majoritate este public, dar tinde catre autonomie.	Medicii Generalisti independenti isi exercita profesia in cabinete individuale sau in asociatii	Medici salariatii in spitale publice. Slaba densitate medicala
ITALIA	Serviciu national de sanatate pe principiul asigurarii medicale obligatorii	Speranta de viata ridicata si incidenta scazuta a bolilor de inima. Probabil legat de factori de alimentatie.	Nivel apropiat mediei UE: 1340 ECU pe locuitor si 8,3% din PIB	Finantarea si cotizariile sociale sunt aproape in parti egale	Sector spitalicesc in majoritate public, dar prezinta un sector privat indeajuns de important, mai ales in partea de sud	Medicii Generalisti independenti sau angajati in unitati sanitare locale	Date controversate. Volumul ofertei este mai scazut in raport cu normele europene.
LUXEMBURG	Asigurare de sanatate obligatorie	Indicatori de sanatate de multe ori defavorabili in raport cu normele europene, mai ales la barbati	Nivel ridicat de cheltuieli pe locuitor, dar mediu ca pondere in PIB	Contributii sociale completate prin subventii ale statului (27%)	Sectorul spitalicesc partajat intre casele publice si cele autonome cu scop non profit.	Medicii Generalisti sunt independenti si isi exercita profesia in cabinete individuale	Marea majoritate a practicienilor sunt independenti.
OLANDA	Sistem complex de asigurari publice si private, dar care tinde catre un sistem national	Ponderea redusa a persoanelor in varsta. Indicatori de sanatate in general favorabili.	Nivel cu mult superior mediei UE :1711 ECU pe locuitor si 8,6% din PIB	Contributii sociale completate prin asigurarea voluntara sau privata	Sector spitalicesc dominat de case private cu scop nonprofit	Medicii Generalisti sunt independenti care isi exercita profesia in mare parte in cabinete in asociatie sau in centre de sanatate.	Marea majoritate a practicienilor sunt independenti.
PORTUGALIA	Serviciu national de	Mortalitatea infantila	Cheltuieli reduse in	Fiscalitate si	Sector spitalicesc in	Centre de sanatate in	Volumul ofertei in

	sanatate pe principiul impozitului si asigurarii medicale obligatorii	ridicata si speranta de viata relativ redusa.	cifre absolute, dar superioare mediei UE ca procent din PIB	contributii sociale. Sector privat marginal.	majoritate public. Capacitatea de spitalizare mai degraba redusa.	mare parte publice, in care medicii sunt salariati	general este satisfactor, cu exceptia unor anumiti specialisti
SPANIA	Serviciu national de sanatate al statului putin dezvoltat. Fiscalitatea este combinata cu asigurarea de sanatate	Indicatori de sanatate in general favorabili, mai ales pentru femei. Posibil legati de factori de alimentatie.	Cheltuieli mici in cifre absolute (894 ECU pe locuitor), dar apropiate mediei UE ca pondere in PIB	Finantare dominata de taxe; o mica parte provenind din contributii sociale	Peste 50% dintre spitale apartin de case autonome cu scop nonprofit	Majoritatea medicilor generalisti isi exercita profesia in centre de ingrijiri ce deservesc anumite zone geografice.	Medici salariati. Densitate medicala ridicata in aproape toate domeniile.
SUEDIA	Serviciu national de sanatate puternic descentralizat, control democratic local.	Speranta de viata ridicata si indicatori foarte favorabili, cu exceptia incidentei bolilor cardio-vasculare, apropiata de media UE. Foarte mare pondere a persoanelor in varsta.	Transfer recent a anumitor cheltuieli in sectorul social si diminuarea ponderii din PIB (7,2%)	Predomina finantarea locala, completata cu fonduri publice si de contributii ale patronatelor la sistemul national de asigurari sociale	Buna capacitate de spitalizare, taxe de admitere ridicate si durata medie a sejurului relativ scurt	Ingrijirile sunt in principal dispersate in centre de sanatate. Importante eforturi au fost depuse recent pentru intarirea sectorului de sanatate.	Medici salariati in sectorul public. Oferta se caracterizeaza printr-o abundenta de specialisti si o penurie de medici generalisti
MAREA BRITANIE	Serviciu national de sanatate finantat prin impozit	Foarte mare pondere a persoanelor in varsta. Anumiti indicatori de sanatate sunt defavorabili in raport cu normele europene, ceea ce se datoreaza probabil factorilor de alimentatie.	Nivel inferior mediei UE: 1005 ECU pe locuitor si 6,3% din PIB	Finantare dominata de taxe. Sector privat destul de restrans.	Transformarea spitalelor publice in case autonome (trusturi)	Medicii generalisti independenti isi exercita profesia in principal in asociatii.	Medici salariati in spitale. Densitate medicala mult inferioara mediei UE